



# Consolidation du lien au territoire de femmes innues et atikamekw par la grossesse et l'accouchement

*Notre teueikan (tambour) à nous autres, c'est notre placenta.  
C'est sacré – Femme innue*

### **Analyse et rédaction**

Suzy Basile, professeure, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones et directrice du Laboratoire de recherche sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones – Mikwatisiw, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Ioana Comat, agente de recherche

Patricia Montambault, agente de recherche et consultante

### **Collecte de données**

Suzy Basile, professeure, École d'études autochtones, UQAT

Sophie Cardin, étudiante à la maîtrise, École d'études autochtones, UQAT

### **Révision linguistique**

Geneviève Blais

### **Traduction**

Kathryn Casault

### **Graphisme**

Niaka, agence créative autochtone

### **Couverture**

Marie-Claude Néquado, septembre 2023

### **Renseignements**

Suzy Basile, professeure

École d'études autochtones

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Courriel : [suzy.basile@uqat.ca](mailto:suzy.basile@uqat.ca)

Site web : <https://www.uqat.ca/recherche/laboratoire-de-recherche-sur-les-enjeux-relatifs-aux-femmes-autochtones-mikwatisiw/>

### **Financement**

La présente recherche a obtenu une subvention du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), no 430-2018-0946.

### **Remerciements**

Nous remercions les 15 femmes aînées innues et atikamekw qui ont participé à la recherche ainsi que les interprètes qui ont accompagné les participantes. Merci aux femmes qui ont participé à l'organisation des entrevues et aidé à la validation des résultats malgré leur emploi du temps très chargé : mesdames Sonia Chachai, Sylvie Basile et Marie-Josée Wapistan. En raison de la pandémie de COVID-19, nous avons dû embaucher des coordonnatrices afin de nous assister, à distance, dans l'organisation des entrevues qui se sont déroulées en ligne : mesdames Audrey-Lise Basile (Ekuanitshit) et Daisy Bellefleur (Nutashkuan). Merci aussi à madame Kellya Awashish (Opitciwan) qui a traduit et transcrit des entrevues tenues en nehiromowin (langue atikamekw). Enfin, merci à Joséphine Bacon et à Mémoire d'encrier pour la permission d'utiliser un poème.

Nous remercions également les professeurs Hugo Asselin et Sébastien Brodeur-Girard ainsi que les professeures Christiane Guay et Nathalie Kermaal pour leurs commentaires, leurs suggestions, leurs judicieux conseils et aide à la révision.

### **Dépôt légal – 2023**

### **Bibliothèque et Archives nationales du Québec**

**ISBN web** : 978-2-924231-38-8

© Laboratoire de recherche sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones – Mikwatisiw, 2023.

*Je n'ai pas la démarche féline  
J'ai le dos des femmes ancêtres  
Les jambes arquées  
De celles qui ont portagé  
De celles qui accouchent  
En marchant*

Joséphine Bacon (2018), *Uiesh*.  
*Quelque part*, Mémoire d'encrier, p. 6.

# TABLES DES MATIÈRES

Liste des figures .....	6
Liste des tableaux.....	6
Résumé .....	6
Faits saillants.....	7
<b>Introduction .....</b>	<b>9</b>
Objectifs et questions de recherche .....	9
Bref portrait des femmes autochtones au Québec.....	10
Bref portrait des communautés qui participent à la recherche.....	10
Ekuanitshit .....	11
Nutashkuan.....	11
Opitciwan.....	11
<b>Section 1 Méthodologie et éthique de la recherche .....</b>	<b>13</b>
Recherche participative .....	13
Recrutement.....	13
Méthodes de collecte de données utilisées .....	14
Population ciblée et rencontrée .....	14
Méthodes et approches analytiques .....	14
<b>Section 2 L'état des connaissances .....</b>	<b>17</b>
Le féminisme autochtone, un cadre d'analyse nécessaire du processus de colonisation .....	17
La territorialité des femmes autochtones .....	17
La sédentarisation et l'exclusion du territoire .....	19
L'importance de la naissance sur le territoire .....	21
Un regard historique sur la médicalisation de l'accouchement .....	24
<b>Section 3 Vivre et apprendre sur le territoire .....</b>	<b>28</b>
Le lien au territoire des femmes innues .....	28
S'identifier au territoire .....	28
Les connaissances et le savoir-faire entourant la grossesse .....	29
La difficile transmission des savoirs entourant les naissances.....	30
Le lien au territoire des femmes atikamekw .....	32
La fierté d'être élevée « dans le bois » .....	32
Territoire, un lieu d'apprentissage.....	32
Le savoir-faire et le système d'entraide .....	33
Conclusion : Les similitudes et les différences dans l'héritage de l'expérience de la maternité en lien avec le territoire .....	34
<b>Section 4 Les impacts de la sédentarisation sur la transformation des pratiques liées à la grossesse et à l'accouchement.....</b>	<b>36</b>
La transformation du lien au territoire des femmes innues .....	36
La persistance du savoir-faire des sages-femmes en communauté .....	36
Les conséquences de la sédentarisation sur la gestion des grossesses et des accouchements .....	37
La transformation du lien au territoire des femmes atikamekw.....	39
Le passage graduel des accouchements en territoire à la communauté, puis à l'hôpital .....	39
L'arrivée de la médecine biomédicale : entre perte de pouvoir et abus médicaux .....	40
Conclusion : La convergence des expériences innues et atikamekw à partir de la délocalisation forcée du lieu d'accouchement .....	42

<b>Section 5 Assurer le leadership des femmes dans la consolidation du lien au territoire</b> .....	<b>44</b>
L'actualité du rôle des femmes .....	44
Chez les participantes innues .....	44
Chez les participantes atikamekw .....	44
La consolidation du lien au territoire en quelques pratiques .....	45
La revitalisation des pratiques de leadership et de gouvernance des femmes innues .....	45
Faire connaître les lieux significatifs aux jeunes générations .....	45
Valoriser la pratique de sage-femme .....	46
Célébrer les naissances et sépultures en territoire .....	47
Réintroduire les cérémonies spirituelles .....	48
La revitalisation des pratiques de leadership et de gouvernance des femmes atikamekw .....	48
Favoriser le retour des sages-femmes .....	48
Utiliser les savoirs traditionnels pour fabriquer objets et médecines .....	49
Participer à des cérémonies .....	50
Conclusion : Des stratégies de revitalisation en fonction de chaque contexte .....	50
<b>Conclusion générale, une analyse transversale des témoignages</b> .....	<b>52</b>
Sur le territoire .....	52
En communauté .....	53
À l'hôpital .....	54
Références .....	57

## Liste des figures

- Figure 1. Communauté d'Ekuanitshit
- Figure 2. Communauté de Nutashkuan
- Figure 3. Communauté d'Opitciwan
- Figure 4. Mousse
- Figure 5. Tikinakan
- Figure 6. Misaspison

## Liste des tableaux

- Tableau 1. Nombre ciblé de participantes et nombre réel de participantes
- Tableau 2. Thèmes et exemples de sous-thèmes recensés lors de l'analyse des données

## Résumé

La présente recherche participative porte sur la consolidation du lien au territoire des femmes innues et atikamekw par la grossesse et l'accouchement. Les récits recueillis permettent de mieux comprendre l'expérience de la maternité de ces femmes, de documenter leurs pratiques sur le territoire ainsi que les transformations de celles-ci, afin de déterminer comment elles ont été influencées par les pratiques coloniales. Outre l'effacement du rôle des femmes autochtones dans les sphères de gouvernance de leur société respective, plusieurs interventions gouvernementales ont accéléré définitivement la sédentarisation qui va de pair avec l'hospitalisation imposée. Cet indéniable effritement du système social lié à la vie en territoire a contribué à entraver l'importance des naissances sur celui-ci et a ainsi participé à une modification profonde des territorialités des femmes innues et atikamekw. L'analyse des récits montre comment la mutation des pratiques d'accompagnement des femmes enceintes, du territoire à la communauté, puis de la communauté à l'hôpital a provoqué la perte de la pratique des sages-femmes en plus d'accélérer l'imposition d'une vision biomédicale de la grossesse. Cette délocalisation multiple des lieux d'accouchement a précipité la perte graduelle de contrôle que les femmes enceintes pouvaient exercer sur leur accouchement. Pour autant, le lien au territoire des femmes innues et atikamekw ne s'est pas perdu, mais s'est plutôt transformé. Les solutions proposées afin de revitaliser ce lien se résument notamment en la réintroduction de la pratique des sages-femmes et de quelques cérémonies et rituels, en plus de la transmission des savoirs aux jeunes générations portant sur les lieux significatifs du territoire et sur la fabrication de médecines et d'objets traditionnels liés aux grossesses et aux accouchements.

# Faits saillants

- ◇ Le sujet de la consolidation du lien au territoire des femmes autochtones par la grossesse et l'accouchement a émergé lors d'une recherche antérieure dont l'analyse des données a permis de constater que les expériences d'accouchement en territoire apparaissaient comme de forts marqueurs temporels, relationnels et identitaires pour les femmes atikamekw.
- ◇ L'objectif principal de la présente recherche était de recenser les pratiques pouvant contribuer à revitaliser et à consolider le lien au territoire des femmes innues et atikamekw.
- ◇ Quinze entrevues semi-dirigées ont été réalisées en 2020 et 2021 avec des femmes innues et atikamekw, nées entre 1931 et 1966. Leurs récits ont permis de mieux comprendre leurs expériences de la grossesse et de l'accouchement, de documenter leurs pratiques sur le territoire ainsi que les transformations de celles-ci, et de déterminer comment elles ont été influencées par les pratiques coloniales.
- ◇ Plusieurs interventions gouvernementales ont accéléré définitivement la sédentarisation ainsi que l'hospitalisation imposée et ont indéniablement contribué à l'effritement de tout un système social lié à la vie en territoire en plus de miner l'importance des naissances sur le territoire et de modifier la territorialité des femmes innues et atikamekw.
- ◇ L'analyse des récits montre qu'au-delà des différences conjoncturelles qui distinguent le parcours des femmes innues et atikamekw, de nombreux éléments historiques convergent, à savoir la mutation des pratiques d'accompagnement des femmes enceintes, du territoire à la communauté, puis de la communauté à l'hôpital.
- ◇ La prise en charge de cette étape de la vie sous couvert de politique gouvernementale, et surtout les modalités de réalisation d'une telle prise en charge (substitution et marginalisation du savoir des sages-femmes par le corps médical, médicalisation des grossesses, déplacements imposés en centres hospitaliers, etc.) ont considérablement influencé la possibilité d'exercice du libre arbitre des mères autochtones et globalement modifié la responsabilisation des familles ainsi que des pratiques d'accompagnement en vigueur depuis des temps immémoriaux et dont les sages-femmes ont été une des pierres angulaires.
- ◇ Ces récits permettent de comprendre que la perte progressive de l'influence des sages-femmes innues et atikamekw dépasse le simple fait qu'il n'y a pas eu de relève pour assurer la transmission de leurs connaissances et de leurs pratiques.
- ◇ L'imposition d'une vision biomédicale des grossesses incarnée par la délocalisation des accouchements dans les hôpitaux est venue supplanter le poids de ces savoir-faire et, de manière concomitante, précipiter la perte graduelle de contrôle que les femmes enceintes pouvaient exercer sur leur accouchement.
- ◇ Loin de rester passives malgré le passage des accouchements en milieu hospitalier et la cessation de certaines pratiques, les femmes innues et atikamekw rencontrées en entrevue se sont plutôt fait les gardiennes des savoirs en lien avec leur occupation du territoire et les pratiques y étant rattachées.
- ◇ Les témoignages des femmes innues et atikamekw démontrent que le lien au territoire ne s'est pas perdu, mais plutôt transformé et que le renforcement de ce lien chez les nouvelles générations passe nécessairement par la valorisation du leadership des femmes en ce qui a trait au cycle de la vie, de la naissance au décès en passant par les accouchements.
- ◇ La réintroduction de la pratique des sages-femmes ainsi que de quelques cérémonies et rituels dans les communautés a été recensée comme moyen de consolider le lien au territoire des femmes innues et atikamekw.
- ◇ La nécessité de faire connaître les lieux significatifs aux jeunes générations et de transmettre les savoirs sur la fabrication de médecines et d'objets traditionnels liés aux grossesses et aux accouchements a été soulignée par les femmes rencontrées.





# INTRODUCTION



# Introduction

La présente recherche s'intéresse à un sujet encore peu documenté. Le lien des peuples autochtones au territoire, leur territorialité, a fait l'objet de quelques recherches au Québec et ailleurs au Canada, mais bien peu se sont particulièrement intéressées au lien des femmes autochtones au territoire<sup>1</sup>. Au cours des dernières décennies, différentes lois et politiques coloniales ont attribué la propriété des territoires familiaux autochtones aux hommes et ont écarté les femmes des centres décisionnels. Pourtant, avant la sédentarisation des familles, hommes et femmes se partageaient les responsabilités ainsi que la prise de décisions en lien avec la gestion de leur territoire. Tous deux développaient leur identité à partir du lien qu'ils entretenaient avec leur territoire. Dans le cadre de ses travaux de thèse de doctorat en sciences de l'environnement, Suzy Basile, maintenant professeure à l'école d'études autochtones de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) et directrice de la présente recherche, a constaté que les expériences d'accouchement en territoire apparaissaient comme étant de forts marqueurs temporels, relationnels et identitaires pour les femmes et leur famille. Au cours de l'analyse thématique des entrevues portant sur « le rôle et la place des femmes atikamekw dans la gouvernance du territoire et des ressources naturelles » (Basile, 2017), les thèmes de la grossesse et de l'accouchement, du rôle des sages-femmes ainsi que du lieu de naissance ont émergé sans qu'aucune question directe n'ait été posée sur le sujet. Il a dès lors été jugé important de continuer à s'intéresser à ces thématiques sous l'angle de la gouvernance et du leadership des femmes autochtones, mais également sur le plan de la création et de la consolidation du lien au territoire dans le contexte contemporain.

La présente recherche qualitative a été financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Selon une approche participative, elle a été menée en étroite collaboration et à la demande de femmes innues des communautés de Nutashkuan et d'Ekuanitshit et de femmes atikamekw de la communauté d'Opitciwan. Cette demande a été formulée lors de séances de consultation de femmes autochtones tenues par le Laboratoire de recherche sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones - Mikwasiw. La collecte de données a été effectuée entre mai 2020 et décembre 2021 alors que la validation des résultats et certaines vérifications ont été faites au cours de l'automne 2021, lorsque les mesures sanitaires en lien avec la pandémie de COVID-19 se sont assouplies. Au total, 15 femmes ont été rencontrées en entrevue semi-dirigée selon une approche biographique. Les femmes avaient

donc la liberté de mobiliser leurs propres conceptions pour décrire leurs expériences. En raison de l'âge avancé des femmes ayant connu l'expérience des grossesses et des accouchements sur le territoire, il est apparu urgent de documenter leurs savoirs, leurs pratiques et leurs valeurs.

Afin de respecter un des principes fondamentaux de la recherche collaborative en contexte autochtone, les objectifs de recherche ont été élaborés lors de consultations tenues par la chercheuse principale durant lesquelles des thèmes importants ont été soulevés par les femmes autochtones consultées. Les questions de recherche ont quant à elles été codéveloppées par la chercheuse principale avec les trois femmes (deux innues et une atikamekw) nommées responsables de la recherche par les instances de leur communauté respective.

## Objectifs et questions de recherche

La présente recherche avait pour objectif général de recenser les pratiques pouvant contribuer à revitaliser et à consolider le lien au territoire des femmes autochtones au Québec. Plus spécifiquement, elle avait pour objectifs de :

1. Montrer les transformations, la résistance et la persistance de la tradition par la consolidation du lien au territoire;
2. Démystifier les modes d'opérations des institutions et des acteurs et actrices colonialistes d'hier à aujourd'hui;
3. Rassembler les éléments d'un système normatif traditionnel qui assure la santé et le bien-être des mères et de leurs enfants en consolidant les liens entretenus entre les membres de la famille et/ou de la communauté et le territoire;
4. Créer une carte interactive des lieux significatifs (de naissance, de cueillette de plantes, de disposition du placenta)<sup>2</sup>.

Pour ce faire, les trois grandes questions de recherche suivantes, qui se sont déclinées en plusieurs sous-questions, ont orienté la démarche :

- ◇ Comment le lien au territoire a-t-il été transformé par les programmes gouvernementaux en matière de santé (fédéraux et provinciaux) et par les politiques du corps médical?
- ◇ Dans quelle mesure le lien au territoire, qu'entretiennent les femmes autochtones, pourrait-il

<sup>1</sup> Dans le présent document, il sera question de femmes des Premières Nations au Québec que nous désignerons par l'expression « femmes autochtones ».

<sup>2</sup> Ce quatrième objectif n'a pas été réalisé en raison de la grande sensibilité de ce type d'information, les femmes rencontrées n'étaient pas prêtes à les cartographier.

être actualisé pour revitaliser les pratiques de leadership et de gouvernance anciennement associées aux grossesses et aux accouchements?

◊ Quelles sont les pratiques et les dispositions mises en place pour consolider le lien des enfants au territoire depuis que les accouchements se font en ville?

La recension de la littérature apporte des éléments de réponses à la première question de recherche en présentant, entre autres, les principales lois et politiques gouvernementales ayant le plus influencé le lien au territoire des femmes autochtones au cours des dernières décennies. Tandis que les deux autres questions de recherche sont traitées dans les trois sections consacrées aux résultats issus de la collecte des données avec les participantes.

Voici un bref portrait des femmes autochtones au Québec ainsi que celui des communautés innues et atikamekw participantes à la recherche.

### Bref portrait des femmes autochtones au Québec

Selon les chiffres de Services aux Autochtones Canada (SAC), le Québec compte 104 453 citoyennes et citoyens autochtones (Premières Nations et Inuit) en 2021, soit l'équivalent de 1,3 % de la population totale (ISQ, 2022). Selon une analyse réalisée dans le cadre des travaux de la Commission Viens, au sein de chacune des Nations autochtones au Québec, la proportion d'hommes et de femmes est pratiquement identique puisque 50,1 % des Autochtones inscrits sont des femmes et 49,9 % sont des hommes (CERP, 2019)<sup>3</sup>. La moyenne d'âge des femmes autochtones est de 38,5 ans (et de 36 ans pour les hommes). En comparaison, la moyenne d'âge des femmes non autochtone au Québec est de 43 ans (et de 41,2 pour les hommes) (CERP, 2019). Selon Statistique Canada (Tjepkema et al., 2019), l'espérance de vie des populations autochtones est beaucoup moins élevée que celle de la population non autochtone. En 2011, l'espérance de vie à 1 an était de 77,7 ans pour les femmes des Premières Nations, soit 9,6 ans plus courte que celle des femmes non autochtones. Selon les derniers chiffres disponibles, les femmes autochtones ont le taux de natalité le plus élevé au Canada, soit 3,25 enfants pour les femmes sur communauté et 2,20 enfants pour les femmes vivant hors communauté. En comparaison, le taux de natalité chez les femmes non autochtones est de 1,6 enfant par femme (SC et APN, 2021).

Au Québec, 6 740 personnes ont l'Atikamekw comme langue maternelle (SC, 2023) tandis que 7 725 personnes déclarent l'innu comme langue maternelle, ce qui fait d'elles les deux nations dont la langue est le plus parlée au Québec après celle des Eeyou (cris) et des Inuit (SC, 2022). Toujours selon les chiffres de Statistique Canada en 2021, la langue atikamekw connaît une légère croissance du nombre de locutrices et locuteurs (entre 0 et 10 %) tandis que la langue innue subit une légère décroissance du nombre de locutrices et locuteurs (entre 0 et 10 %). De fait, les femmes rencontrées en entrevues étaient majoritairement unilingues atikamekw/innu ou préféraient s'exprimer dans leur langue maternelle. Âgées entre 54 ans et 89 ans au moment des entrevues, elles sont donc nées entre 1931 et 1966.

### Bref portrait des communautés qui participent à la recherche

Voici une brève présentation des trois communautés<sup>4</sup> participantes à la présente recherche. Rappelons que la transition du mode de vie nomade vers la sédentarisation s'est effectuée de manière progressive. À l'emplacement qui allaient devenir les communautés actuelles, la présence de maisons a toujours précédé, parfois longtemps à l'avance, la création officielle des communautés (Charest, 2017). Par exemple, les trois communautés atikamekw ont été créées entre 1895 et 1950 (Gélinas, 2002), mais l'établissement des Atikamekw de façon permanente a débuté dans les années 1960-1970 (Poirier, 2001). Chez les Innus, les maisons construites avant les années 1920 ont cependant graduellement commencé à disparaître faute d'entretien. Lors de la création des communautés, dans les années 1950-1960, il semble qu'il n'y avait plus de maisons à ces endroits (Charest, 2021).

À cette époque, les maisons que se construisaient les Autochtones n'étaient pas nécessairement habitées. Certains pouvaient les utiliser pendant l'été, pour y vivre ou pour y entreposer du matériel. D'autres auraient laissé ces premières maisons aux aînés, afin qu'ils souffrent moins du froid (Maltais-Landry, 2017). La grande majorité des familles aurait toutefois plutôt continué à vivre dans leurs tentes qu'ils installaient à proximité en attendant de repartir dans le territoire à la fin de l'été (*Ibid.*).

3 Dans le rapport de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics (CERP), le Registre des Indiens, le Registre des bénéficiaires cris et naskapis ainsi que le Registre des bénéficiaires inuits ont été utilisés pour établir le nombre d'Autochtones résidant au Québec, la courbe démographique propre aux peuples autochtones et le ratio hommes-femmes (CERP, 2019).

4 Le terme « communauté » est ici privilégié, car « Le terme "communauté autochtone" est couramment employé pour désigner un lieu habité par un groupe de personnes vivant sur une parcelle de territoire et qui se reconnaît une appartenance familiale, culturelle et historique » (INSPQ, 2023) (consulté le 11 avril 2023). Dans le présent rapport, le terme « réserve » sera utilisé dans un contexte historique de colonisation et de sédentarisation. Définition de « réserve » dans Services aux Autochtones Canada (SAC, 2021a) (consulté le 21 novembre 2021) « Une réserve est une parcelle de terre dont le titre juridique est détenu par la Couronne (le gouvernement du Canada), à l'usage et au profit d'une Première Nation en particulier ».

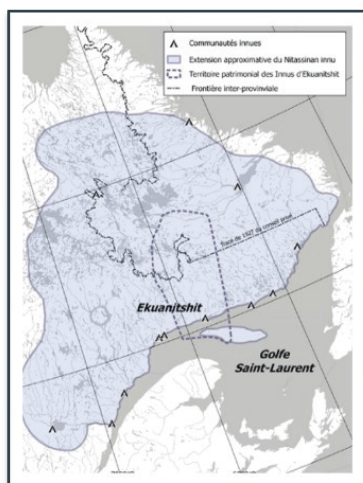


Figure 1. Communauté d'Ekuanitshit.  
Source de la carte : Ouellet, 2018.

## Ekuanitshit

Ekuanitshit a longtemps été appelée Mingan. Elle est aussi une communauté innue située sur la Côte-Nord, à 28 kilomètres à l'ouest d'Havre-Saint-Pierre et à 182 km de Sept-Îles. Elle est accessible par la route à l'année. Fondée en 1963, elle avait initialement une superficie de 1 800 hectares et a depuis été agrandie à deux reprises et occupe désormais une superficie de 3 838 hectares (9 483,9 acres). En 2023, 677 personnes résidaient au sein de la communauté et 45 hors communauté, pour une population totale de 722 personnes (RCAANC, 2023).

Avant de clore cette section, rappelons que les recherches archéologiques menées dans le *Nitassinan* (qui signifie « notre territoire » en langue innue) attestent que la présence des Innus remonte à 8 000 ans dans certaines régions de la Côte-Nord (Ouellet et Richard, 2017; Plourde, 2003), et que la présence sur d'autres sites montre une occupation d'au moins 3 500 ans et révèle une occupation de tout le *Nitassinan* (Chevrier [1996] dans Ouellet, 2018).

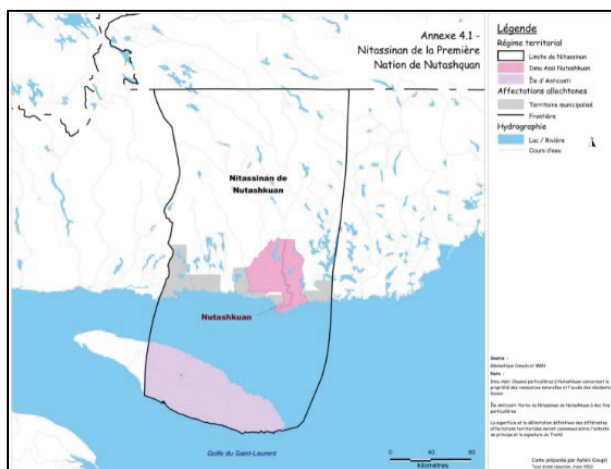


Figure 2. Communauté de Nutashkuan. Source de la carte : Les Premières Nations de Betsiamites, Essipit, Mashteuiatsh, Nutashkuan, le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec, BAPE, 2002 (réalisée par Ashni consultant).

## Nutashkuan

Nutashkuan est une des communautés innues de la Côte-Nord. Elle se situe à l'embouchure de la rivière Nutashkuan, à quelques kilomètres du village de Natashkuan et à 336 kilomètres à l'est de Sept-Îles. Elle est accessible par la route à l'année. La communauté a officiellement été créée en 1953 sur le site de l'ancien campement d'été des Innus (Maltais-Landy, 2017). La communauté a une superficie de 118,9 hectares (293,8 acres). En 2023, 1 152 résidentes et résidents étaient répertoriés au sein de la communauté et 105 vivaient hors communauté, pour une population totale de 1 257 personnes (RCAANC, 2023).

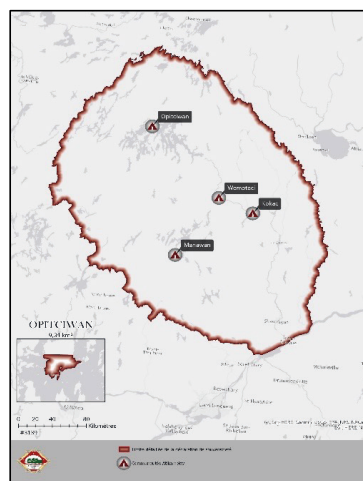


Figure 3. Communauté d'Opitciwan.  
Source de la carte : Conseil de la Nation Atikamekw, 2023.

## Opitciwan

Opitciwan est l'une des trois communautés atikamekw au Québec. Elle a officiellement été créée en 1944. Située sur la rive nord du réservoir Gouin, elle est à 274 km du centre urbain le plus près (Roberval) et est accessible à l'année par voies terrestres (CNA, 2022). Elle a une superficie de 927 hectares (2 290,7 acres) et comptait, en 2023, 2 593 résidentes et résidents au sein de la communauté et 572 non-résidentes et non-résidents, pour une population totale de 3 165 personnes (RCAANC, 2023).

Précisons que le territoire des Atikamekw ne se limite pas à la superficie d'Opitciwan et des deux autres communautés, Manawan et Wemotaci. Le *Nitaskinan* (qui signifie « notre territoire » en langue atikamekw) est localisé dans le bassin versant de la Tapiskwan Sipi (rivière Saint-Maurice) dans le centre nord du Québec. La tradition orale raconte qu'afin de se soustraire à la menace que représentaient les épidémies et les raids iroquois, les Atikamekw auraient cessé de fréquenter le site de Trois-Rivières et les environs pour se retirer à l'intérieur des terres, sur les territoires en amont de la rivière Tapiskwan (Poirier et al., 2014).





# SECTION 1

Méthodologie et éthique de la recherche

# Méthodologie et éthique de la recherche

La présente recherche est fondée sur des récits de vie racontées par des femmes innues et atikamekw et sur leur analyse. À ce titre, elle repose sur une démarche qualitative comprise sous un angle féministe autochtone. Pour éviter de reproduire des rapports de pouvoir inégaux dans la production du savoir scientifique, les participantes à la présente recherche sont reconnues comme des détentrices d'expertises et de savoirs à partir desquels la connaissance doit être coconstruite avec la chercheuse ou le chercheur (Anderson, 2011; Basile, 2017; ENFFADA, 2019a; Kermaal et Altamirano-Jiménez, 2016). Ce positionnement épistémologique est motivé par la volonté de réfléchir collectivement aux effets des politiques publiques sur les femmes et les familles de sorte que les résultats soient pertinents et utiles pour les participantes et leurs communautés.

Ce projet de recherche s'appuie sur les *Lignes directrices en matière de recherche avec les femmes autochtones* (FAQ, 2012) en plus de mettre en œuvre les bonnes pratiques en matière d'éthique de la recherche avec les peuples autochtones (Asselin et Basile, 2012; APNQL, 2014; CRSH et al., 2022). Le projet a été approuvé par le conseil de bande de chacune des communautés participantes qui ont toutes signé une lettre d'appui à la réalisation de la recherche. Celle-ci a par la suite fait l'objet d'une évaluation par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (CER-UQAT) et un certificat éthique de recherche a été émis à la chercheuse principale le 25 mars 2020.

Les participantes à la recherche ont reçu une compensation financière pour le temps qu'elles ont accordé à la recherche et non pas en échange du savoir qu'elles ont transmis. De plus, les données mobilisées sont mises à leur disposition pour faciliter la défense de leurs droits. Les résultats de recherche permettent de contribuer à la consolidation du lien au territoire de ces femmes et de leur famille tout en favorisant la reconnaissance de leurs savoirs et de leurs pratiques liées aux grossesses et aux accouchements. À ce propos, une attention particulière a été accordée aux inquiétudes que les femmes ont pu avoir concernant la communication de ces savoirs avec des chercheurs et de l'usage qu'il en serait fait dans le cadre de la présente recherche. Ayant fait l'objet de pillage et d'usurpation dans le passé, la présente démarche a visé à protéger ces savoirs et ces connaissances afin de ne pas répéter les expériences négatives. Pour ce faire, ces enjeux ont été discutés avec les personnes participantes avant la tenue des entrevues, ce qui a permis d'élaborer une stratégie de retenue ou de retrait de certains renseignements de nature délicate. Cette stratégie a été mise en œuvre lors de la

validation des données avec les participantes.

Parallèlement, la littérature montre que plusieurs femmes autochtones au Québec ont vu un ou plusieurs de leurs enfants mourir ou disparaître sans laisser de traces dans les services de santé (SAA, 2022). Il était donc porté à notre attention que le fait de raconter certains souvenirs pouvait être douloureux pour certaines participantes. Un service de soutien de la part d'une infirmière, d'une intervenante psychosociale ou d'un psychologue a été planifié avec la collaboratrice locale de la recherche. À la suite de chaque entrevue, la chercheuse principale a donc effectué une vérification afin de s'assurer que les participantes ne soient pas laissées à elles-mêmes et qu'elles bénéficient, au besoin, du service de soutien mis à leur disposition. Recherche participative

## Recherche participative

Par recherche participative, il est entendu que les parties impliquées, soit les chercheuses et les participants, travaillent ensemble pour atteindre le but commun de produire de nouvelles connaissances scientifiques (CRSH et al., 2022; Katz et Martin, 1997).

Dans le cas présent, les femmes innues et atikamekw ont contribué au processus de recherche en collaborant à la définition du sujet de recherche. Comme déjà mentionné, le traitement de la grossesse et de l'accouchement en tant que pratiques permettant de consolider le lien au territoire des femmes autochtones a effectivement émergé lors d'un projet de recherche antérieur. La présente recherche a ainsi été développée en réponse à une demande venant du milieu, soit des femmes elles-mêmes.

## Recrutement

La chercheuse principale a d'abord sollicité son propre réseau de contacts dans chacune des nations participantes. Le recrutement a aussi été facilité par la participation d'une coordonnatrice communautaire attribuée à l'équipe de recherche par chacune des communautés.

Le principal critère de sélection pour le recrutement des participantes reposait sur le savoir qu'elles détenaient en ce qui concerne la grossesse et l'accouchement alors que ceux-ci se faisaient encore soit en territoire, soit dans la communauté. Ce savoir pouvait être en lien avec leurs propres grossesses et accouchements vécus avant l'arrivée du transport vers l'hôpital ou en lien avec leur expérience en tant que sage-femme ou assistante à l'accouchement. Leur expertise devait être reconnue au sein de leur communauté. Il était donc attendu que les femmes répondant à de tels



critères aient un certain âge. La méthode boule de neige a permis à l'équipe de recherche de mobiliser d'abord les aînées et les familles ayant déjà manifesté leur intérêt à participer à la recherche pour ensuite recruter davantage de participantes si nécessaire.

Une première visite dans les communautés participantes a permis de faire la promotion du projet et de cibler les femmes répondant aux critères de sélection. Déjà, à ce moment, des femmes ont manifesté leur intérêt à participer à la recherche. Celles qui respectaient les critères de sélection de l'échantillon ont été invitées à une présentation détaillée des objectifs et des étapes de la recherche, ce qui a aussi permis de valider la démarche avec elles. Avant la tenue des entrevues, le formulaire de consentement a été remis aux participantes afin que leurs interprètes respectives puissent s'approprier le contenu dans leur langue maternelle et ainsi le transmettre à la participante. Toutes les personnes impliquées dans la collecte des données ont reçu une compensation financière pour le temps qu'elles ont accordé à la recherche. Dans les semaines suivantes, la collaboration avec la coordonnatrice locale de recherche, les volontaires ont été convoquées en personne, par courriel, par Messenger ou par téléphone afin de fixer un moment pour les entrevues.

### Méthodes de collecte de données utilisées

L'approche biographique a été retenue pour orienter la collecte de données. Cette approche permet d'appréhender

les logiques d'action qui animent la contemporanéité autochtone en contextualisant les pratiques sociales étudiées (Guay et Martin, 2012). Ainsi, au lieu d'essayer de dévoiler des mécanismes sociaux, la recherche vise à présenter les différentes valeurs qui soutiennent l'identité et les actions des participantes (Guay et Martin, 2012). La liberté discursive offerte aux participantes leur a permis de mobiliser leurs propres conceptions pour décrire leurs expériences. Les concepts de *mino-pimatisiwin* (la vie saine ou « bonne vie » sur le territoire), de *madjimadzuin* (qui peut se traduire par « chaîne de la vie ») et de *notcimik – nutshimit* (terme qui désigne la « forêt » ainsi que le lieu d'origine et d'appartenance) ont orienté la collecte de données.

Des entrevues semi-dirigées avec 15 femmes d'Ekuanitshit, de Nutashkuan et d'Opitciwan ont permis de mieux comprendre leurs expériences de la grossesse et de l'accouchement, de documenter leurs pratiques sur le territoire ainsi que les transformations de celles-ci, et de déterminer comment elles ont été influencées par les pratiques coloniales.

### Population ciblée et rencontrée

Au départ, au moins 12 femmes au total étaient ciblées pour participer à la recherche (soit 4 par communauté). Au total, 15 femmes ont été recrutées.

**Tableau 1. Nombre ciblé de participantes et nombre réel de participantes**

Communauté	Nombre de participantes ciblé	Nombre de participantes réel	Période de collecte de données
Ekuanitshit	4	5	Entre 19 mai et le 16 juillet 2020
Nutashkuan	4	4	Entre le 2 août au 2 septembre 2020
Opitciwan	4	6	Les 12, 13 juin et 15 décembre 2021
<b>Total :</b>	12	15	2020-2021

Les entrevues ont toutes été réalisées par la professeure Suzy Basile, parfois accompagnée de Sophie Cardin, étudiante à la maîtrise. Pour différentes raisons et à cause d'événements hors du contrôle de la chercheuse principale et en respect avec la disponibilité des participantes, la collecte de données avec les femmes atikamekw d'Opitciwan s'est effectuée quelques mois après celle réalisée auprès des femmes innues. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les entrevues ont toutes été faites en personne lorsque les mesures sanitaires se sont assouplies. Les femmes ont raconté leur histoire dans leur langue maternelle et étaient accompagnées d'une personne, la plupart du temps un membre de leur famille, pour la traduction.

### Méthodes et approches analytiques

Avant de procéder à une analyse thématique suivant une approche biographique des récits de vie racontés, ceux-ci ont été, puis retranscrits dans leur intégralité. Les interprètes ont joué un rôle essentiel dans la démarche de transcription et de validation des propos. Un code a été attribué à chacun des verbatims : une lettre selon la communauté d'origine (E pour Ekuanitshit, N pour Nutashkuan et O pour Opitciwan) suivie d'un numéro séquentiel. Ces verbatims ont constitué une base de données qualitatives qui a été analysée avec le logiciel NVivo. Des thèmes ont été développés à partir des trois questions de recherche.



**Tableau 2. Thèmes et exemples de sous-thèmes recensés lors de l'analyse des données**

Thèmes principaux en fonction des questions de recherche	Exemples de sous-thèmes recensés
Transformation du lien des femmes au territoire	Passage de l'accouchement dans la tente, à la communauté, puis à l'hôpital Pensionnat
Revitalisation du leadership associé aux grossesses et à l'accouchement	Compétences des sages-femmes Entraide aux relevailles
Pratiques pour consolider le lien au territoire	Cérémonies Choix du nom de l'enfant

Bien que des thèmes aient été recensés au départ, d'autres thèmes ont émergé à partir d'un processus inductif. Contrairement à l'approche déductive qui souhaite confirmer une hypothèse de départ, l'analyse inductive permet plutôt de rendre compte des expériences vécues dans leur complexité et leur dynamique (d'Arripe et al., 2014). Elle permet aussi à la chercheuse ou au chercheur d'appréhender les phénomènes avec sa sensibilité

théorique et ses connaissances antérieures (Guillemette, 2006). Une première analyse des résultats a fait l'objet d'une validation avec les participantes avec l'aide des trois femmes responsables du suivi de la recherche dans leur communauté respective. Une version finale du rapport de recherche leur a été ensuite soumise pour une dernière validation.



# SECTION 2

L'état des connaissances

# L'état des connaissances

Afin d'aborder la consolidation du lien au territoire des femmes autochtones, certains concepts et thèmes doivent être mobilisés et sont présentés dans cette section. Il s'agit du féminisme autochtone, de la territorialité des femmes autochtones, de la sédentarisation et de l'exclusion du territoire, des naissances sur le territoire et de la médicalisation de l'accouchement.

## Le féminisme autochtone, un cadre d'analyse nécessaire du processus de colonisation

Par féminisme autochtone, nous entendons un outil d'analyse appliquée qui offre une compréhension des diverses thématiques relatives à la condition des femmes autochtones en examinant comment le racisme et le sexisme, notamment, ont créé une discrimination spécifique envers les femmes autochtones (Suzack, 2015). Spécifiquement, le féminisme autochtone propose un regard différent sur deux critiques : la contestation du colonialisme et celle du patriarcat (Belleville-Chenard, 2015; Green 2017). Au Canada, les femmes autochtones commencent à utiliser cette posture dans les années 1990 en dénonçant l'absence de la prise en compte des impacts de la colonisation dans l'analyse intersectionnelle de la condition féminine et en priorisant les approches qui prennent en considération le genre, l'ethnicité, la race et le colonialisme (Archibald, 2009; Basile, 2017; Green, 2017; Pagé, 2014; Valaskakis, 2009). À titre d'illustration, plusieurs recherches focalisent leur attention sur la consommation de substances par les femmes autochtones durant leur grossesse sans toutefois mettre en relief les effets de la colonisation sur la grossesse et la parentalité (Shahram, 2017).

Dans sa thèse de doctorat, Basile (2017) souligne que malgré les efforts de dénonciation des dernières décennies, « les relations entre l'État et les peuples autochtones demeurent de type "colonial" et l'examen de la place des femmes autochtones dans ce système devient indispensable afin de bien saisir les dynamiques qui animent la gouvernance chez les premiers peuples et spécifiquement chez les femmes autochtones » (Basile, 2017, p. 5). Il a effectivement été démontré qu'avant la colonisation, au sein de plusieurs nations, les rapports entre les hommes et les femmes étaient complémentaires et chacun des genres exerçait un pouvoir social et économique (Basile, 2017; Lévesque et al., 2016; Kuokkanen, 2019; Ohmagari et Berkes, 1997; Rude et Deiter, 2004; Van Woudenberg, 2004;). Ce sont les idéologies paternalistes sur lesquelles les lois et les politiques coloniales se sont construites qui ont bouleversé le rapport hommes-femmes chez les sociétés autochtones. C'est le cas de la *Loi sur les Indiens* qui a « renforcé les politiques racistes et sexistes de

plusieurs façons et, par conséquent, a diminué le pouvoir et les ressources disponibles pour les femmes autochtones au Canada » (Shahram, 2017, p. 17, traduction libre).

Le terme « colonisation profonde » est utilisé pour référer aux effets structureaux des lois et politiques qui effacent le pouvoir et la présence des femmes autochtones dans certaines sphères au sein desquelles la valorisation de la connaissance des hommes se fait au détriment de celle des femmes (Rose Bird, 1996). Ces effets structureaux sont le résultat de l'application des différents outils ayant permis l'appropriation du territoire des Premières Nations et au chapitre desquels la mise en réserve joue d'abord un rôle fondamental.

## La territorialité des femmes autochtones

Chez les Premiers peuples, le lien au territoire, et surtout le rapport entre le territoire et la féminité, demeure encore peu étudié. L'étude du lien au territoire, du point de vue de femmes issues des Premières Nations, permet de mettre en valeur les systèmes de savoirs féminins autochtones qui sont encore abondamment influencés par la colonisation (Kermoal et Altamirano-Jiménez, 2016). C'est cette relation avec le territoire qui établit le fait d'être *autochtone* et le fait d'être *femme*. Le lien au territoire nous informe alors sur l'identité et l'organisation sociale (Kermoal et Altamirano-Jiménez, 2016). En effet, pour Basile (2017) la notion de lien au territoire renvoie à la relation que les Premiers Peuples entretiennent avec la terre et la nature, c'est le rapport qui est à l'origine de la langue, de la culture et de l'économie des Premières Nations (Basile, 2017). Les Premières Nations préfèrent généralement dire qu'elles appartiennent à la terre, plutôt que la terre leur appartient. Cette conception d'ordre ontologique explique, en partie, les conflits et les mésententes entre les gouvernements, les industries et les Premières Nations concernant la protection et la gestion du territoire (Basile, 2017; Friedland, 2019). En plus des lois et politiques coloniales, le développement économique a aussi contribué à la dépossession des peuples autochtones en général et spécifiquement des femmes autochtones. Les études portant sur le sujet montrent que :

Toutefois, le lien au territoire des peuples autochtones est mal compris, en plus d'être compromis par l'exploitation des ressources naturelles (Bélisle et Asselin 2021; Carlson et al. 2015; Notzke 1994), l'industrialisation (Newell 2015; Tobias et Richmond 2016) et la négation des droits autochtones (Ahrén 2013; GITPA 2015; Mackey 2014) (Basile et al., 2022, p. 9).



Une étude réalisée par la Nation Tłjchq dans les Territoires du Nord-Ouest montre que le savoir et l'identité tłjchq sont imbriqués dans la manière de concevoir le territoire ainsi que dans les expériences qui y sont vécues, tout particulièrement les moments importants de la vie, tels que les naissances :

Historiquement, les femmes tłjchq accouchaient sur le territoire qu'elles parcouraient à ce moment-là. L'accouchement sur le territoire nécessitait une connaissance intime de la santé des femmes, des plantes, des médicaments et de l'environnement pour la survie de l'enfant et de la mère. [...] Il était donc essentiel que les femmes et les hommes tłjchq aient des connaissances sur l'accouchement afin de mettre au monde un bébé en toute sécurité et de survivre sur le territoire. [...] Les aînés avec lesquels nous nous sommes entretenus ont décrit les lieux de naissance comme étant importants à la fois pour la mère et le bébé, qui les relient directement au territoire et à ces endroits spécifiques (Olsen et Kuntz, 2016, p. 7, traduction libre).

Pour les Navajos, aux États-Unis, l'attachement au territoire est aussi significativement lié au lieu de naissance et au rituel s'y étant déroulé :

Cet attachement à un lieu, établi pour la première fois au cours de la phase prénatale de la vie et réaffirmé à chaque étape du parcours menant à la pleine identité navajo, est solidifié peu après la naissance par l'enterrement du cordon ombilical. Cet acte ancre l'individu dans un lieu particulier. Ce sentiment d'ancrage, ainsi que la nature spirituelle et historique du lien avec le lieu d'appartenance, sont implicitement compris dans le monde navajo (Schwarz, 1997, p. 43, traduction libre).

Les femmes autochtones détenaient indéniablement une position importante dans le groupe familial, elles jouissaient d'un pouvoir décisionnel et d'une reconnaissance qui leur ont graduellement été enlevés au cours des dernières décennies. La littérature montre qu'au Canada, la *Loi sur les Indiens* a joué un rôle déterminant dans la dénaturalisation des relations entre les genres ainsi que dans la subordination de la femme à l'homme, notamment parce qu'elle impose le modèle des droits patriarcaux et institutionnalise la discrimination envers les femmes autochtones (Anderson, 2009; Basile, 2017; Boyer, 2009; Nahanee, 1997; Van Woudenberg, 2004). La citation suivante démontre bien le caractère volontaire de ces tentatives : « La disparition des traces des pas des femmes autochtones sur la terre ne résulte pas seulement des erreurs dans les descriptions historiques, mais est également la conséquence des actions politiques et des luttes de pouvoirs contemporaines » (Van Woudenberg, 2004, p. 83).

Cette disparition « des traces des pas des femmes autochtones sur la terre » correspond donc à une

invisibilisation du pouvoir que ces femmes ont de tout temps exercé au sein de leur société, en un mot : de leur leadership. Et cette dynamique d'invisibilisation n'est pas seulement le résultat d'un oubli de la contribution de femmes dans le récit historique qui a été fait de la colonisation de leur peuple. Cet oubli a également été rendu possible par le recours à différents moyens, au chapitre desquels la mise en réserve joue un rôle de premier plan. De ce fait, la disparition des « traces des pas des femmes autochtones sur la terre » doit enfin être comprise comme un effacement de leur présence sur les territoires traditionnels qu'elles ont habités depuis la nuit des temps, soit une modification de leur territorialité par des forces extérieures.

Le concept de territorialité réfère aux relations objectives et subjectives que les individus entretiennent avec le territoire (Desmeules et Guimond, 2018). En plus de rendre compte des modes de tenure foncière et de gestion des ressources, le concept de territorialité réfère aussi aux savoirs, aux valeurs, aux principes épistémologiques et ontologiques, ainsi qu'aux formes d'autorité et de responsabilité qui fondent et orientent la relation des peuples autochtones à leur territoire (Bishop, 1986; Poirier, 2001; Scott et Morrison, 2004). Les études dans le domaine attribuent également un rôle fondamental de cette relation à la constitution de l'identité autochtone (Bonnemaison, 1981; Di Méo, 2002, 2004) :

En s'identifiant à un territoire particulier, en s'y engageant par la pratique et le langage, en le valorisant, voire en le défendant, les individus ou les collectivités forgent leur singularité identitaire (Lussault, 2013). Le territoire, qui rend possible et encadre des pratiques particulières, est en effet porteur de référents et de symboles qui modulent la conception identitaire qu'un individu ou qu'un groupe se fait de lui-même (Desmeules et Guimond, 2018, p. 301).

Le territoire est au cœur de l'identité des peuples autochtones, car il est le « lieu d'origine », celui qui permet de se définir soi-même en tant qu'« Autochtone » (Basile, 2017). Une autre étude démontre également que chez les Atikamekw, le Nitaskinan ainsi que les activités pratiquées en territoire sont définis comme essentiels au bien-être en général, que ce soit en matière de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle :

Comme le souligne Béland (2021), le *Nitaskinan* est un élément essentiel de l'identité nehiromowin<sup>5</sup>, car c'est dans le territoire que se trouvent les racines des traditions et de la culture. C'est sur le territoire que les jeunes construisent leur identité. Être en territoire est une occasion pour les Nehirowisiw de sortir de la communauté, qui est basée sur des structures politiques et légales qui ne les représentent pas. En territoire, ils peuvent exercer leur autodétermination et pratiquer leur identité culturelle (Périllat-Amédée et al., 2021, p. 54-55, traduction libre).

5 Il faudrait plutôt lire « l'identité nehirowisiw », le terme « nehiromowin » fait référence à la langue des Nehirowisiw.

Cette relation est vivante et s'adapte aux changements sans être dénaturée. Ainsi, les peuples autochtones peuvent aspirer à l'exploitation des ressources naturelles de leur territoire tout en conservant leur lien identitaire à celui-ci puisque « traditions et développement contemporain ne sont pas irréconciliables » (Desmeules et Guimond, 2018, p. 306).

Le genre est souvent ignoré dans les études traitant de la territorialité (Basile, 2017; Van Woudenberg, 2004). Pourtant, les connaissances nécessaires aux soins en général et particulièrement ceux entourant la grossesse, l'accouchement et les relevailles, domaines plus spécifiquement assurés par les femmes, confirment qu'elles étaient tout aussi familières avec le territoire et la gestion de ses ressources que les hommes (Dawson, 2017; Van Woudenberg, 2004). Le lien des femmes autochtones au territoire ne peut toutefois être réduit aux connaissances essentiellement utilitaires puisqu'il s'exprime dans tous les domaines de la vie humaine incluant la spiritualité (*ibid.*). À ce propos, Dawson (2017) résume bien l'esprit de ce lien : « La naissance sur le territoire était donc le reflet de l'interconnexion entre les humains, les animaux et la spiritualité » (Dawson, 2017, p. 153, traduction libre).

### La sédentarisation et l'exclusion du territoire

La monographie produite par Paul Charest (2021), à propos de la sédentarisation des communautés innues, offre des pistes de compréhension de ce processus dans les cas d'Ekuanitshit et Nutashkuan, soit deux des trois communautés participant à la recherche. On y apprend notamment que, « de façon concomitante, comme pour libérer les territoires à exploiter par les grandes compagnies industrielles, cinq nouvelles réserves ont été créées entre les années 1949 et 1969 », notamment Natashquan/Nutashkuan en 1954 et Mingan/Ekuanitshit en 1963 (Charest, 2021, p. 220). Plusieurs interventions gouvernementales ont accéléré définitivement la sédentarisation des groupes associés à ces communautés ou réserves selon la littérature :

Celles du gouvernement fédéral par la mise en place des réserves, de leurs institutions et systèmes de gestion; celles du gouvernement provincial pour favoriser la mise en place des grands complexes industriels pour exploiter les ressources forestières, minières et hydroélectriques du territoire, par l'octroi de baux de villégiature, de pourvoiries, de permis de chasse et de pêche, et en particulier le système des réserves à castor (*ibid.*, p. 221).

Autant de facteurs auxquels :

On peut ajouter encore un plus grand accès à l'intérieur des territoires de chasse des familles innues pour les Autochtones par la construction de nouvelles routes et de chemin de fer associés aux

développements industriels. Tous ces développements ont eu un effet marqué sur les activités nomades des Innus et ont provoqué une accélération du processus de sédentarisation comme en témoignent les archives et autres documents consultés (*ibid.*).

En parallèle, rappelons également qu'à partir de la moitié du XX<sup>e</sup> siècle, le gouvernement a commencé à diviser le territoire en lots pour les attribuer aux chefs de famille autochtones, généralement des hommes. Au sein de plusieurs Nations, dont les Atikamekw et les Innus, une fois mariées, les femmes quittaient leur clan familial pour s'affilier à celui de leur mari et occuper le territoire familial du père de celui-ci (Basile et al., 2017; Nadon-Legault et al., 2022). Les documents historiques renvoient à une conception erronée du rôle des femmes autochtones en les restreignant à l'accomplissement des tâches « domestiques » et demeurant au campement tandis que les hommes étaient considérés comme étant les chasseurs et les guerriers (Desbiens, 2007; Keramoal et Altamirano, 2016; Van Woudenberg, 2004). Cela a probablement renforcé la conception paternaliste voulant que les hommes autochtones aient détenu le rôle de chef de famille et que la gestion du territoire familial leur soit revenue sans considération pour la femme. Pourtant, « les femmes pouvaient aussi contribuer à la subsistance par la petite chasse et la pêche dans les environs du camp. Au besoin, elles coupaient aussi du bois » (Charest, 2021, p. 144) et leur rôle était indéniablement complémentaire à celui des hommes (Lévesque et al., 2016; Venkataraman, 2021). Il en est de même concernant les soins, l'accompagnement des femmes enceintes et, plus globalement, la santé de ces sociétés qui étaient une responsabilité féminine (Van Woudenberg, 2004). Plusieurs chercheuses ont de ce fait dénoncé la mise à l'écart des femmes autochtones des sphères décisionnelles et de la non-reconnaissance de leurs rôles, de leurs savoirs et de leurs responsabilités traditionnelles par les politiques coloniales (Basile, 2017; Brodribb, 1984; Keramoal et Altamirano-Jimérez, 2016).

Maltais-Landry (2017) explique que dans les années 1950, afin de protéger le *Nitassinan* (« notre territoire » en langue innue) et particulièrement les populations de castors en déclin, les Innus ont demandé au gouvernement de procéder à un programme de sauvegarde, selon le modèle développé chez les Cris/Eeyouch, celui des réserves à castor. Or, « le gouvernement procéda plutôt à un morcellement du *Nitassinan* en terrains individuels enregistrés. Des "lots" de piégeage furent attribués à des familles. [...] Aujourd'hui, chaque famille fait référence à son lot en l'identifiant comme "mon territoire" » (Maltais-Landry, 2017, p. 63). L'objectif de la mise en place des réserves à castor était « d'une part, de repeupler ces régions en castors, dont les stocks avaient diminué de façon alarmante dans les années 1920 en raison de la surchasse, d'autre part, de "rationaliser" l'exploitation de cette espèce en s'appuyant sur le système des territoires de chasse familiaux déjà en place » (Charest,

2021, p. 816). Toutefois, il n'était « plus question ici de respecter le système traditionnel de tenure, mais plutôt de mettre fin à une situation considérée comme anarchique en assignant à chacun un territoire qui lui est propre » (*ibid.*). En effet, la fluidité des pratiques de chasse des Innus qui ne connaissent ni clôture, barrière ou frontière, dérange les pratiques d'aménagement du territoire promues par la province et qui relèvent d'un ordonnancement territorial où les entités spatiales, telles que les réserves à castor et tous types de terrains de chasse, doivent être strictement délimitées.

Le système des réserves à castor sur le territoire des Innus de Nutashkuan est implanté par le gouvernement du Québec en 1955, avec la collaboration du ministère fédéral des Affaires indiennes, soit deux ans après la création du territoire de la communauté d'Ekuanitshit (1963). La mise en place de ce système est l'aboutissement d'un long processus juridique et législatif précédé notamment par la création de clubs privés de chasse et pêche, les pratiques de villégiature, la création des zecs, etc., et ayant conduit au bouleversement du « système traditionnel d'exploitation des territoires et des ressources par les familles innues » (Charest, 2021, p. 832). Ce processus peut être résumé de la façon suivante :

L'envahissement des territoires de chasse des Innus par des non-Innus en nombre de plus en plus grand, favorisé par des mesures gouvernementales de toutes sortes, a poussé les Innus à moins les fréquenter, parce qu'ils n'y trouvaient plus à y vivre convenablement, ce qui les a amenés en conséquence à demeurer de plus en plus longtemps dans les réserves (*ibid.*).

La scolarisation obligatoire des enfants innus dans les écoles de jour a également contribué à diminuer la fréquentation du territoire par les femmes. Dans ce cadre, la période de 1950-1980 marque véritablement une transition dans les modes de vie innus. À l'époque, la moitié des enfants fréquentent le pensionnat de Sept-Îles-Malotienam et l'autre moitié, l'école de jour de Longue-Pointe-de-Mingan. Ceux fréquentant le pensionnat étaient issus de familles vivant encore le nomadisme, tandis que « la fréquentation [de l'école de jour] a amené les mères de famille à demeurer dans l'établissement de Mingan avant même qu'il ne devienne une réserve » (Charest, 2021, p. 270).

À l'image de la situation d'Ekuanitshit, il est proposé d'établir une réserve à proximité du village de Natashquan dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, une recommandation des autorités indiennes naissantes qui deviendra réalité officiellement en 1963 bien que des campements, des tentes et progressivement des maisons aient été présents auparavant sur le même site. Comme dans le cas d'Ekuanitshit, la scolarisation des enfants débute avant même l'implantation officielle de la réserve puisqu'« on avait commencé dès 1950 à scolariser

les enfants dans une tente-école fournie par les Affaires indiennes » (Charest, 2021, p. 273). Cette période est marquée par des interventions médicales de plus en plus intenses du gouvernement fédéral, dont le Service de santé des Indiens a été réorganisé en 1945 pour s'appuyer sur la mobilité des médecins, des infirmières et des dentistes dans cette région (Lévesque, 2021). Parallèlement, plusieurs acteurs accélèrent la sédentarisation des personnes à Natashquan/Nutashkuan. En ce sens :

Les années 1950-1960 sont marquées par plusieurs événements : l'ouverture du territoire côtier et intérieur à l'exploitation minière; le départ d'un premier contingent d'enfants d'âge scolaire pour le pensionnat de Malotienam; l'établissement de la réserve et la construction des premières maisons en 1954; la venue d'un missionnaire résidant en 1958, puis la construction d'une chapelle en 1962 (Charest, 2021, p. 275).

Le processus de sédentarisation se traduit par la même conséquence pour les femmes de Nutashkuan que pour celles d'Ekuanitshit puisque « les mères de famille et leurs enfants d'âge scolaire ont cessé d'aller en territoire en raison de l'école obligatoire » (*ibid.*, p. 276).

Chez les Atikamekw, les grands changements relatifs à l'occupation du territoire sont principalement reliés à l'établissement des réserves, à l'envoi des enfants dans les pensionnats (Basile et al., 2022) et au recours au travail salarié, principalement en foresterie (bûcheron, draveur) et comme guide de chasse et de pêche (Gentelet et al., 2005). Le territoire atikamekw est devenu, au cours du XX<sup>e</sup> siècle, « un lien de passage mais également de prospection pour les futures industries » (Gentelet et al., 2005, p. 11). Dans le cas particulier de la communauté d'Opitciwan, la construction de barrages (celui de La Loutre notamment) et l'inondation du territoire pour le développement hydroélectrique a provoqué le déplacement de la communauté à deux reprises. La perte d'accès au territoire et aux ressources pour la subsistance a inévitablement fait en sorte que les Atikamekw ont dû se tourner vers d'autres sources de revenus. La compétition qui s'est installée entre les Atikamekw et les Eurocanadiens pour le contrôle du territoire a provoqué un déséquilibre dans les rapports de force qui a mis à l'épreuve la grande flexibilité et résistance des Atikamekw (Poirier, 2001). En effet, avant l'arrivée des politiques et programmes gouvernementaux, chaque famille était identifiée à une partie de Nitaskinan. Dans une étude menée par Basile et al. (2022), il est montré que la gestion de la faune était assurée par le chef de territoire (souvent aussi chef de famille) tandis que le campement était géré par les femmes. La complémentarité des rôles était nécessaire à la vie nomade sur le territoire et le rôle de la femme était tout aussi important que celui de l'homme. Cet équilibre s'est vu ébranlé par la pression exercée par la colonisation.



Encore aujourd'hui, les femmes autochtones demeurent légalement exclues des décisions concernant leur territoire et ne sont pratiquement jamais consultées lors des activités de consultations (Basile, 2017; Maertens et Basile, 2022). En effet, « de manière générale, lors des processus de consultation s'adressant aux peuples autochtones et concernant les projets de développement ayant lieu sur leur territoire, les femmes sont encore peu présentes et souhaitent être mieux incluses (Basile, 2017; Nadon-Legault, 2020) » (Maertens, 2022, p. 150). Basile (2017) explique qu'en ayant un rôle marginalisé dans leur propre société, les femmes autochtones sont rarement sollicitées pour contribuer à la recherche de solutions pour une gouvernance territoriale efficace. Les connaissances des femmes sont la plupart du temps ignorées lors des consultations menées en lien avec le territoire (Basile, 2017).

Pour les féministes autochtones, la décolonisation ne sera complète qu'avec le retour des femmes autochtones dans toutes les échelles de gouvernance, soit communautaire, régional et national, et dans tous les domaines, incluant les questions territoriales (Basile, 2017; Coulthard, 2014; Kermoal et Altamirano-Jiménez, 2016b; Kuokkanen, 2019; Simpson, 2012). En effet, « à travers le colonialisme, des valeurs centrées sur les hommes ont été imposées et utilisées pour façonner les institutions, les lois, les politiques et les discriminations législatives, qui ont eu des effets négatifs continus et durables sur la santé des femmes autochtones » (Shahram, 2017, p. 16, traduction libre). Il s'agit donc de modifier ce monopole masculin pour accorder une plus grande place aux femmes.

Dans un ouvrage s'intéressant aux Innus d'Ekuanitshit et au projet hydroélectrique de la Romaine, Desmeules et Guimond (2018) rappellent que le Nord québécois s'est développé à partir d'une méconnaissance profonde du monde nordique. Cette méconnaissance est ancrée dans des représentations spécifiques au sein desquelles l'existence « d'une *terra nullius*, soit un vaste espace sauvage et inhabité, d'un bassin de ressources inépuisables pour les besoins du Sud [...] de sorte que l'] appropriation matérielle et imaginaire du Nord a renforcé la dépossession des communautés qui y vivent depuis des siècles, voire des millénaires » (Desmeules et Guimond, 2018, p. 298). Chez les Atikamekw, une étude montre que :

Au début des années 1970, les Atikamekw se sont organisés politiquement. En 1979, le Conseil des Atikamekw et des Montagnais a entamé un processus de revendication territoriale globale qui, à ce jour, n'a toujours pas mené à la conclusion d'une entente (Poirier et al. 2014). Depuis ce temps, le Nitaskinan continue de faire l'objet d'exploitation forestière, de développement de routes, d'activités de villégiature, d'aménagements hydroélectriques et de lignes à haute tension, ainsi que d'exploration minière par des intérêts extérieurs (Basile et al., 2022, p. 10).

Enfin, bien que les Atikamekw et les Innus aient vécu la sédentarisation de manière différente, ces deux peuples voisins ont un rapport au territoire somme toute similaire qui se traduit par une grande capacité d'adaptation malgré les bouleversements de leur mode de vie :

La sédentarisation des Innus et des Atikamekw, groupes autrefois nomades, a amené des changements dans les repères et les espaces de référence, avec d'importantes conséquences sur leurs cultures, leurs modes de vie et leurs traditions. Parce que le territoire occupe une place importante dans la structuration des sociétés autochtones, mais également dans les stratégies des acteurs sociaux, la sédentarisation bouleverse leur itinéraire social, symbolique (Gentelet et al., 2005, p. 33).

Parmi les pratiques sociales les plus touchées par ces chamboulements des modes de vie se trouvent les naissances sur le territoire qui occupent une place centrale dans la construction du lien au territoire.

### L'importance de la naissance sur le territoire

Les savoirs et les pratiques autochtones entourant la naissance appartenaient généralement à la sphère féminine (Basile, 2017; Begay, 2004; Dagenais, 1982; Lévesque et al., 2016; Olson et Kuntz, 2016). Les femmes sont un moteur essentiel de transmission des savoirs traditionnels touchant la médecine. À Nutashkuan, par exemple, « les femmes sont considérées comme celles qui connaissent et appliquent la médecine traditionnelle » (Dagenais, 1982, p. 247). En fait, dans la plupart des sociétés autochtones traditionnelles, l'essentialisation des qualités maternelles constitue le fondement de la complémentarité des genres féminins et masculins (Anderson, 2009; Arnaud, 2014; Seraphim, 2014). Le rôle fondamental des femmes consiste donc à nourrir et à soigner la nation, un rôle encore grandement valorisé au sein même des sociétés autochtones contemporaines (Bousquet et Morissette, 2014; Brunschwig, 2015; Seraphim, 2014). D'hier à aujourd'hui, la capacité de donner la vie et d'en prendre soin octroie un grand pouvoir aux femmes au sein même de leur famille et de leur communauté.

Dans une conception cosmologique de l'organisation sociale anicinape, *madjimadzuin* renvoie à la « ligne de vie », la « Voie lactée humaine » ou la « vie en mouvance », ce qui correspond à la pérennité de l'existence, du prolongement des arrière-arrière-grands-mères vers les arrière-arrière-petites-filles (Anderson, 2011; Nahwegahbow, 2017; Well Living House, 2021). Un Anicinape de la Première Nation Wasauksing a raconté que la ligne de vie était liée au corps céleste et aux étoiles de la Voie lactée (Jeness, 1935). C'est cette parenté astrale qui assure le maintien de la terre. De la même façon, les rôles et les obligations de chaque personne au sein de la famille forment une chaîne humaine qui assure la continuité de la vie. Les femmes

jouent le rôle principal dans *madjimadzuin* puisque ce sont elles qui donnent la vie et qui transmettent la culture (Anderson, 2011; Nahwegahbow, 2017). Ce concept de *Voie lactée humaine* correspond, en partie, à l'organisation de la reproduction sociale et biologique par les femmes. L'étude de ce concept permet de comprendre la spécificité des rôles et des savoirs féminins dans les sociétés autochtones. Néanmoins, les 'juridictions' féminines et masculines travaillaient ensemble dans ce système pour assurer l'équilibre et le bien-être de la communauté » (Anderson, 2011, p. 99, traduction libre).

Dans une recherche portant sur les savoirs et les pratiques traditionnels naskapis, quatre principes organisateurs des systèmes de savoirs ont été établis : (1) la différenciation entre les sphères masculine et féminine; (2) la complémentarité des sphères; (3) le transfert des enseignements d'une sphère à l'autre par mesure préventive; (4) l'intégration des deux systèmes de savoir de façon égalitaire (Lévesque et al., 2016). Ce modèle organisateur permet de mieux comprendre le rôle joué par les hommes lors des grossesses et des accouchements sur le territoire. Effectivement, même si les savoirs et les pratiques entourant la naissance appartiennent généralement aux femmes, les hommes jouaient un rôle complémentaire au moment des grossesses et des accouchements, par exemple, en procurant du bois de chauffage et du gibier (Charest, 2021; Lévesque et al., 2016). Pour assurer la sécurité des femmes et des enfants lorsque les accouchements avaient lieu durant les déplacements sur le territoire et en l'absence de sages-femmes ou d'autres femmes pour soutenir la mère, les enseignements devaient aussi être connus des hommes (Basile, 2017; Lévesque et al., 2016; Routhier, 1984; Olson et Kuntz, 2016; Well Living House, 2021).

Même si les enseignements concernant la naissance étaient connus de tous, la grossesse et l'accouchement relevaient des sages-femmes (Anderson, 2011). Celles-ci bénéficiaient d'une « autorité » incontestable au sein de leur communauté, mais les sociétés autochtones étant complémentaires, leur expertise relevait davantage du respect que du pouvoir (Routhier, 1984). Les plus jeunes acquéraient leurs compétences graduellement à l'aide du savoir expérientiel en assistant à de nombreux accouchements, puis en participant à la collecte et à la préparation des médecines avec les sages-femmes les plus âgées (Anderson, 2011). La fréquentation des pensionnats et le déplacement des accouchements vers les hôpitaux ont grandement influencé la transmission des savoirs des sages-femmes (Anderson, 2011; Basile, 2017; Routhier, 1984). De nombreuses sources écrites nous informent sur les savoirs spécifiques aux sages-femmes, dont un grand éventail de médecines, qui agissent (ou non) sur la fertilité, la gestation, les contractions, le rétablissement à la suite de l'accouchement et l'allaitement (Anderson, 2003, 2011; Basile, 2017; Begay, 2004; Havard et Laugrand, 2014;

Routhier, 1984; Olson et Kuntz, 2016). Reprenant l'exemple Navajo, Begay (2004, p. 559) indique que le savoir relatif aux accouchements était appris par observation au sein d'une éducation sexuelle qui se tenait en dehors des cours formels, de sorte que « il faisait partie du grand système de la vie dans lequel la connaissance était acquise sans instruction institutionnelle » (traduction libre), alors que l'institutionnalisation de l'accouchement résultant de la prise en charge de cette étape de la vie par les autorités publiques et gouvernementales conduit à une diminution de la responsabilisation des familles et de leur rôle dans l'accompagnement de la femme qui accouche (Begay, 2004). La citation suivante traduit bien ce phénomène :

Le don de la naissance ne devrait pas (dans la plupart des cas) nécessiter l'intervention d'un guérisseur ou d'un médecin, mais seulement d'un soutien. [...] les femmes enceintes ont été pathologisées et la naissance médicalisée à un tel point dans les sociétés euroaméricaines que cette reconceptualisation de la naissance, non pas comme une intervention médicale, mais comme un processus de don sacré, est une réarticulation nécessaire (Finestone et Stirbys, 2017, p. 179, traduction libre).

Les grossesses et les accouchements sont des marqueurs spatiotemporels fondamentaux dans la vie des femmes atikamekw sur Nitaskinan, le territoire atikamekw (Basile, 2017). En effet, les sociétés autochtones accordent une grande importance aux lieux de naissance, et ce, même si le gouvernement fédéral les a intentionnellement invisibilisés (Lawford, 2011) en ignorant les aspects légaux et spirituels qui unissent les femmes à la terre (Kermoal, 2016). Généralement, les lieux de naissance situés sur le territoire portent le nom de la personne qui y a vu le jour, ces noms sont connus et gardés en mémoire dans la toponymie familiale (Anderson, 2011; Bouchard et Lévesque, 2017; Éthier et al., 2019; Olson et Kuntz, 2016). Par exemple, dans la famille de Maria Campbell, une aînée métisse, depuis la naissance de sa cousine Jenny dans une talle de bleuets sur le flanc d'une colline, cet endroit précis se nomme « Jenny's berry patch » [talle de bleuets de Jenny] (Anderson, 2011, p. XV). Ces noms de lieux sont transmis au sein d'une famille sous forme d'histoires. De cette manière, le projet Tłjchq Birthplace Mapping [Cartographie des lieux de naissance tłjchq] (2016) consistait à documenter les savoirs traditionnels qui entourent la naissance sur le territoire afin de les transmettre à la nouvelle génération. Pour lier les récits des aînées au paysage, les lieux de naissance contenus dans la tradition orale tłjchq ont été positionnés sur une carte (Olson, et Kuntz, 2016). Les participantes ont décrit l'aspect relationnel de ces lieux en mentionnant qu'ils sont importants « tant pour la mère que pour le bébé, qui les relie directement à la terre et à ces espaces spécifiques » (Olson et Kuntz, 2016, p. 6, traduction libre).

Pour mieux comprendre l'importance accordée au moment de la naissance, on peut se référer aux recherches entreprises par Rachel Olson, Charlotte Moores et Kathleen Cranfield et diffusées dans leur livre intitulé *Born into my grandmothers hands : honouring First Nations' birth knowledge and practice in North Yukon* (2019) ainsi qu'au travail de Kim Anderson, issue de la nation Métis et professeure à l'Université de Guelph, publié dans son ouvrage *Life Stages and Native Women : Memory, Teachings, and Story Medicine* (2011). Anderson s'est attardée aux enseignements entourant les cycles de vie des femmes dans la tradition des nations Métis, Crie, Ojibway et Sauteux. Elle souligne l'importance des célébrations et des rituels dans la construction de l'identité de genre. Son ouvrage montre comment le rythme apporté par ces cycles orchestre la vie communautaire et familiale des sociétés autochtones au sein d'une complémentarité intergénérationnelle. Les rôles et les responsabilités évoluent selon les étapes de la vie et chacune de ces étapes est marquée par un rite de passage. L'arrivée dans le monde constitue le premier rite de passage de la vie, c'est donc un moment central, spirituel et sacré (Anderson, 2011; CWEIA, 2018; Simpson, 2006). Le premier accouchement devient une cérémonie fondamentale dans la vie d'une femme puisque c'est cet événement qui assure son passage dans la vie adulte (Anderson, 2011). De même que « en donnant naissance à une nouvelle personne, la femme est spirituellement unie au passé et au futur » (traduction libre), ce faisant, l'accouchement est un moment majeur d'identification culturelle et de connexion spirituelle (Begay, 2004, p. 556).

Chez les Atikamekw, la transition du lieu d'accouchement des femmes a contribué à modifier l'appellation du lieu d'origine (Basile, 2017). En effet, au moment des entrevues que la chercheuse issue de la nation atikamekw Suzy Basile a réalisées, à la place d'un lieu sur le territoire, les femmes interrogées qui ont vu le jour en centre hospitalier mentionnaient parfois le nom de la communauté dans laquelle elles ont grandi ou vécu pour désigner leur lieu d'origine. Pourtant, en langue atikamekw, le terme *notcimik* (*nutshimit* chez les Innus) utilisé pour faire référence à la forêt, au bois ou au territoire (Basile, 2017; Éthier et Poirier, 2018; Wyatt et Chilton, 2014), peut aussi être traduit par l'expression « là d'où l'on vient » (Basile, 2017). Ce terme peut donc référer à leur origine, leur lieu de naissance et/ou d'appartenance. *Notcimik* correspond à un lieu où l'on peut être en symbiose avec la nature et cette relation entretenue avec le territoire, les plantes et les animaux assure un ressourcement et un sentiment de bien-être (Basile, 2017). La fréquentation de *notcimik* dès la naissance renforce l'attachement et la relation entre les enfants et le territoire (Éthier et al., 2019).

En plus d'avoir déplacé le lieu de naissance, la médicalisation de l'accouchement aura également limité la pratique du rituel entourant la disposition du placenta (Basile, 2017; Éthier et al., 2019; Jérôme, 2008). En effet, plusieurs peuples

autochtones accordent une importance symbolique au placenta ainsi qu'au cordon ombilical. Chez les Māori, « le terme *whenua* signifie à la fois "placenta" et "territoire" et en raison du grand respect que les Māori portent au deux, le placenta est brûlé » (Basile, 2017, p. 185) ou bien il est enterré et établit ainsi un foyer pour le nouveau-né (Simmonds, 2017). Même pratique en Polynésie française où les politiques d'évacuation des accouchements vers les centres urbains mettent en péril sa perpétuation (Saura, 2020). En Amérique du Nord, le mode de disposition après la naissance varie grandement selon les nations, les communautés et les familles, mais s'accomplit souvent dans le cadre d'une cérémonie traditionnelle (Anderson, 2011; Basile, 2017; Havard et Laugrand, 2014; Olson et al., 2019). Chez les Atikamekw, tout comme chez les Anicinapek (Bousquet, 2016), le placenta est généralement enterré au pied d'un arbre sur le territoire afin de consolider le lien spirituel entre l'enfant et le territoire (Basile, 2017). Cette pratique prend la forme d'une cérémonie nommée *otepihawson*, qui se traduit par « retour à la terre du cœur » (Jérôme, 2008, p. 10). Outre la signification spirituelle, l'endroit où le placenta est remis à la terre marque une présence et une appartenance au territoire (Éthier et al., 2019). Dans l'ordre juridique atikamekw, le placenta est enterré sur le territoire de chasse familial (Éthier et al., 2019). *Otepihawson* assure le développement d'une relation entre la personne et son environnement social et naturel, il fait partie intégrante de la ritualisation de l'enfance dans la nation atikamekw (Jérôme, 2008). Cependant, cette cérémonie a longtemps été impraticable en raison de la médicalisation de l'accouchement. En effet, au Québec, le placenta a été considéré comme un déchet biomédical jusqu'en 2017 (MSSS, 2017). Ainsi, pendant plusieurs décennies, de nombreuses femmes se sont vu refuser la récupération du placenta à la suite de leur accouchement à l'hôpital (Basile, 2017; Éthier et al., 2019). Une femme atikamekw raconte que :

C'est un geste sacré pour les femmes et aujourd'hui, ce rituel revient dans nos pratiques. Plusieurs jeunes femmes souhaitent enterrer leur placenta au pied d'un arbre sur le territoire, mais la plupart du temps, les médecins de l'hôpital ne sont pas favorables à cette pratique pour des raisons médicales (le placenta doit être envoyé au laboratoire). Alors, cela a créé des conflits entre les familles et le corps médical du centre hospitalier (A14) (Basile, 2017, p. 166).

L'exploration des thèmes de la grossesse et de la parentalité au prisme du féminisme autochtone montre que « un lien existe entre l'avancement de la colonisation et les pratiques visant à contrôler le corps des femmes autochtones (Olson 178) » (Finestone et Stirbys, 2017, p. 181, traduction libre). En plus de priver les femmes autochtones de choisir avec qui, où et comment elles souhaitent accoucher, le contrôle et l'institutionnalisation des naissances ont contribué à couper les femmes autochtones de leur spiritualité : « Dans l'ensemble, la naissance était un moment pour les femmes



d'honorer et de célébrer le "pouvoir prodigieux" qu'elles détenaient en tant que donneuses de vie (Corea 303) » (Finestone et Stirbys, 2017, p. 179, traduction libre).

Cette privation du droit à décider pour soi-même s'explique en grande partie par le processus graduel de médicalisation de l'accouchement en ce sens que « les médecins reléguaient au passé les connaissances autochtones sur l'accouchement, comme quelque chose qui n'était pas tout à fait à la hauteur des progrès scientifiques et technologiques de la profession médicale; ils ont qualifié les méthodes d'accouchement autochtones de "risquées" en comparaison » (Finestone et Stirbys, 2017, p. 180, traduction libre). Les cas du Canada et du Québec n'échappent pas à cette tendance.

## Un regard historique sur la médicalisation de l'accouchement

Dans les communautés des Premières Nations au Canada, la médicalisation de l'accouchement s'est déroulée en deux temps : le gouvernement fédéral a d'abord marginalisé le rôle et les savoirs des sages-femmes pour ensuite les contraindre à adopter les standards de soins biomédicaux eurocanadiens (Lawford, 2011). Dans un mémoire de maîtrise, Karen Lawford (2011), sage-femme autochtone et professeure adjointe à l'Université Queen's, démystifie la politique d'évacuation qui s'applique aux femmes issues des Premières Nations vivant dans les réserves isolées ou rurales au Canada durant leur grossesse. Par mesure préventive, il arrive parfois qu'elles soient évacuées vers la 36<sup>e</sup> semaine de grossesse (Lawford, 2011). Les communautés participant à la recherche, soit Ekuanitshit, Nutashkuan et Opitciwan n'échappent pas à cette pratique d'évacuation des femmes enceintes, et donc à la délocalisation forcée du lieu d'accouchement de la communauté vers l'hôpital.

La situation des communautés innue et atikamekw au début des années 1980 est bien documentée grâce au portrait de leurs services de santé entrepris par le Conseil Attikamek-Montagnais (CAM) et réalisé par la médecin Louise Dagenais (Dagenais, 1982). Ce rapport mentionne qu'à ce moment-là, aucun médecin ne réside dans les communautés, un manque pallié au mieux par un personnel médical itinérant composé de divers spécialistes et au pire par des déplacements dans les hôpitaux les plus proches pour des soins curatifs. On note également la présence d'un dispensaire géré par une infirmière dans chaque communauté. Or, ce portrait pointe d'abord les manquements concernant la gestion de l'infirmière surveillante en charge au début des années 1980 à Opitciwan. En effet, celle-ci semble mettre en œuvre tous les moyens à sa portée afin de limiter les possibilités d'accouchement sur la réserve, préférant l'évacuation des femmes enceintes vers Roberval ou La Tuque (Dagenais, 1982). Cette politique d'évacuation obligatoire à partir de la

32<sup>e</sup> semaine de grossesse (7<sup>e</sup> mois) soulève de multiples problèmes, tant du point de vue du confort physique et psychologique des femmes enceintes, que de celui des communications avec le personnel soignant de l'hôpital en raison de la barrière de la langue (*ibid.*). Il en est de même dans les cas d'Ekuanitshit et de Nutashkuan où l'évacuation des femmes enceintes à la 32<sup>e</sup> semaine de grossesse vers l'hôpital Jean-Eudes de Havre-Saint-Pierre est systématique (*ibid.*), un départ considéré comme prématuré par l'autrice du rapport du CAM (*ibid.*).

Cette politique d'évacuation n'a pas toujours été qualifiée comme telle. Elle doit donc être comprise comme étant un ensemble de lois, de normes ou d'actions mises en place pour atteindre certaines finalités prédéfinies par l'État qui témoignent d'une volonté du gouvernement fédéral de gouverner, d'imposer sa volonté, d'influer sur les individus et de contrôler les grossesses et les accouchements chez les Premières Nations dans un objectif plus large d'assimilation et de civilisation (Lawford, 2011). L'une de ces finalités consiste à priver les sages-femmes de leur rôle au bénéfice d'une survalorisation de l'expertise des médecins et des infirmières. Ainsi, au Québec, le Collège des médecins est probablement l'une des institutions les plus impliquées dans le processus de démantèlement de la pratique sage-femme. À partir du milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, en collaboration avec les associations médicales canadiennes et le législateur, le Collège a réussi à éradiquer et/ou à subordonner ses concurrents du marché des soins médicaux afin de s'approprier « le monopole d'exercice de la plupart des activités diagnostiques et thérapeutiques » (Goulet, 2004, p. 43). À cette époque, alors que le Collège s'attaque ardemment à la validité de certaines pratiques telles que les guérisseurs et les rebouteurs, les sages-femmes et les infirmières sont dégradées au statut d'auxiliaires (Goulet, 2004; Routhier, 1984). Les sages-femmes en région rurale sont plus longtemps exemptes du contrôle médical (Goulet, 2004), mais l'intensification de la médicalisation de l'accouchement durant les décennies 1940 à 1960 finit par avoir raison de l'accouchement dit naturel dans l'ensemble de la province (Routhier, 1984).

Le développement de la médecine moderne permet une augmentation de l'espérance de vie, contribuant ainsi à l'augmentation de la notoriété des médecins (Goulet, 2004). La place prépondérante de cette profession médicale dans le développement du système de santé actuel assure l'élévation des standards en matière de soins, certes, mais elle configure un modèle de santé reproductive profondément masculin. Au début des années 1980, au Québec comme ailleurs en Occident, « c'est le médecin, mais surtout le spécialiste en gynécologie-obstétrique, qui est l'expert en ce domaine : phénomène particulier à nos sociétés industrialisées contemporaines, le contrôle des fonctions reproductives a été transféré des femmes aux hommes (Oakley, 1976, 1978) » (Laurendeau, 1987,

p. 174). Bien que la disparition de la pratique sage-femme soit un phénomène étendu autant aux sociétés allochtones qu'autochtones, il est nécessaire de distinguer les processus qui se sont appliqués ainsi que les conséquences que cela a engendrées.

Dans un article portant sur l'accouchement des femmes atikamekw de Manawan, l'anthropologue Marie-Josée Routhier relate cette transition du lieu d'accouchement. À partir de la décennie 1940, les Atikamekw commencent à aller accoucher à l'hôpital en raison des pressions exercées par les infirmières et les agents du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (MSNBES)<sup>6</sup> (Routhier, 1984). Dans les années 1960, de nombreuses femmes atikamekw continuent d'accoucher à Manawan avec l'aide de sages-femmes. Mais, l'introduction de nouvelles notions telles que « grossesses à risque », « complication » et « danger » sème une grande confusion chez les femmes atikamekw, poussant ainsi certaines à solliciter les services hospitaliers par mesure préventive (*ibid.*). Cette confusion qui habite celles qui commencent à accoucher à l'hôpital repose sur les nombreuses contradictions auxquelles elles font face : éviter les complications par l'accès à des soins médicaux en renonçant à leur mode de vie, à leur réseau de solidarité et de sécurité, en s'exilant dans un environnement étranger à leur propre culture (*ibid.*). En dépit d'une forte résistance initiale, la confrontation prolongée aux discours religieux et médicaux réussit à culpabiliser et à incapaciter les femmes autochtones. Désormais « ignoran[tes] de leurs besoins »<sup>7</sup>, les femmes atikamekw doivent se résigner à faire confiance aux équipes médicales et infirmières lors du suivi de la grossesse et de l'accouchement. Au fil du temps, cela rend inutiles les pratiques traditionnelles entourant la grossesse, l'accouchement et les soins à l'enfance chez les Premières Nations (Lawford, 2017).

Pourtant, les hôpitaux qui desservent les communautés innues et atikamekw participant à la recherche ont fait l'objet de nombreuses plaintes. À titre d'exemple, « on ne respecte pas la volonté des mères d'allaiter leurs enfants » dans ceux (hôpitaux de Roberval et La Tuque) desservant la réserve d'Opitciwan (Dagenais, 1982, p. 113). Quarante ans plus tard, le rapport de la Commission Viens (2019) rappelle que, trop souvent, les plaintes déposées par des personnes autochtones contre les services de santé au Québec ont été ignorées. Aussi, le corps médical procède à des interventions sans s'assurer de la compréhension de la patientèle. Il existe également une mauvaise communication entre les infirmières résidentes de la réserve et le personnel de l'hôpital quant au suivi des dossiers des personnes évacuées, les feuilles des infirmières accompagnant les patients n'étant pas toujours remplies, ou bien les résumés des dossiers étant difficiles à obtenir.

L'une des caractéristiques principales du modèle de soins développé au Canada au cours du dernier siècle est celle de l'hospitalocentrisme (Desrosiers, 1999; Gaumer et Desrosiers, 2004). Cette logique a permis la concentration des soins en plusieurs centres hospitaliers et elle s'oppose à une répartition plus ample de la gamme des soins à travers divers services de santé situés dans différents établissements (Desrosiers et Gaumer, 2004). À partir des années 1950 et jusqu'au transfert de responsabilité en 1979, c'est le gouvernement fédéral qui s'occupe du déploiement des centres de santé sur les réserves (Lévesque et al., 2018). Paradoxalement, au moment même où l'on rend accessibles les dernières avancées de la médecine par le développement de services de santé communautaire, on contraint les femmes autochtones à aller accoucher dans les hôpitaux pour qu'elles reçoivent les soins nécessaires à leur condition (Routhier, 1984). La concentration des soins aux femmes enceintes et parturientes<sup>8</sup> vers les hôpitaux assure la proximité entre l'obstétrique et les autres unités de médecine spécialisées dans le but de réduire le taux de mortalité infantile et maternelle (Lawford, 2011; Routhier, 1984). Or, chez les femmes autochtones, on ne peut pas attribuer les hauts taux de mortalité infantile aux sages-femmes puisque les mortinaissances n'étaient pas dominantes (Routhier, 1984). En fait, chez les Atikamekw, on observe que la mortalité infantile a considérablement augmenté lors de l'introduction du lait de vache et du déménagement dans les maisons fédérales mal isolées, difficiles à chauffer et sans accès à l'eau potable (Dagenais, 1982; Routhier, 1984). À partir des chiffres issus des rapports annuels du MSNBES et de la direction régionale du Québec, il est possible de constater que « chez les Indiens du Québec, le taux de mortalité pour enfants du premier âge est de 26,1; il est donc inférieur à celui des Indiens du Canada qui est de 37,5. En revanche, il demeure deux fois plus élevé que la moyenne québécoise qui est de 11,9 » (Dagenais, 1982, p. 342).

Les données collectées par Statistique Canada entre 1989 et 2008 montrent aussi qu'à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle, les taux de mortalité maternelle et infantile sont plus élevés chez les Premières Nations que dans le reste de la population (Gilbert et al., 2015). Selon une étude menée par le Fond des Nations Unies pour la population (FNUPA, 2017), la mortalité périnatale et maternelle est plus importante chez les femmes issues des populations autochtones. Même si ces femmes ne constituent pas un ensemble homogène, ce phénomène s'explique par les nombreux obstacles dans l'accès aux soins médicaux, malgré une plus grande exposition aux problèmes de santé (FNUPA, 2017).

<sup>6</sup> Responsabilité attribuée au ministère des Mines et des Ressources naturelles jusqu'en 1945.

<sup>7</sup> Commission Godbout citée dans Lévesque et al., 2018, p. 12.

<sup>8</sup> Ce terme désigne une femme en train d'accoucher.

Au Canada, les disparités en santé observables entre chacune des Premières Nations et la population allochtone peuvent être attribuées aux lacunes aux lacunes et aux conflits de compétences entre le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral (Lévesque et al., 2018)<sup>9</sup>. Alors que les hôpitaux et les CLSC sont de compétence provinciale et qu'ils sont situés dans les villes (Gaumer et Desrosiers, 2004), les services de santé sur réserve sont financés par le gouvernement fédéral et gérés indépendamment par les conseils de bande en vertu de la Politique sur la santé des Indiens adoptée en 1979 (SAC, 2021b). Les fonds en santé attribués aux conseils de bande sont insuffisants puisqu'ils sont établis selon des dépenses historiques qui varient selon le nombre de membres inscrits plutôt qu'en fonction des besoins réels (Lévesque et al., 2018). Donc, l'accès aux soins de santé pour une personne autochtone varie considérablement selon (1) son statut d'Indien; (2) son appartenance à une nation conventionnée ou non conventionnée; (3) son lieu de résidence et de domicile (Lévesque et al., 2018).

Outre la santé physique, la santé mentale des femmes autochtones, lors de la grossesse et à la suite de l'accouchement, est également plus à risque que celle des femmes allochtones (Roy, 2019). Ceci serait attribuable en partie à la transmission du traumatisme intergénérationnel issu du passé colonial (Roy, 2019). Un autre facteur important est celui du stress causé par l'isolement des femmes à la suite de leur évacuation vers l'hôpital. Étant donné que Santé Canada ne couvre pas les frais de déplacement et d'hébergement pour les proches des femmes autochtones qui accouchent, l'accompagnement à la naissance est limité (Dagenais, 1982; Lawford, 2011; Routhier, 1984). À cette charge financière et organisationnelle s'ajoute la gestion des responsabilités familiales par les proches pour compenser l'absence de celle qui est partie accoucher en ville (Lawford, 2011). Une recherche en sciences infirmières portant sur l'accouchement des femmes mi'kmaq en Nouvelle-Écosse révèle qu'au moment de l'accouchement, elles ont souvent le sentiment de ne pas être suffisamment préparées (Whitty-Rogers et al., 2006). Ce sentiment repose essentiellement sur le manque de connaissance par rapport au processus corporel lors de la grossesse et de l'accouchement, mais également concernant la parentalité et la maternité, causant ainsi du stress, de la peur et de l'anxiété pouvant être très nuisible à la santé (Whitty-Rogers et al., 2006).

Le pouvoir des femmes autochtones est relié à leurs relations de parenté ainsi qu'à leurs liens spirituels. Elles sont des femmes, mais aussi des mères, des grands-mères,

des sœurs, des épouses, etc. À travers ces positions, elles occupent diverses sphères de pouvoir. En plus de remplir leurs rôles familiaux, elles renforcent les alliances (Basile et al., 2022; Van Woudenberg, 2004). Toutes ces facettes contribuent à créer des territoires par le jeu de relations que l'on nomme territorialité. Or, l'histoire de la médicalisation de l'accouchement montre comment des pratiques telles que l'hospitalisation forcée peuvent contribuer à déconstruire l'importance de la naissance sur le territoire et ce faisant, modifient en profondeur la territorialité des femmes autochtones. Cette profonde transformation de la territorialité des femmes autochtones en lien avec la maternité, un rôle prestigieux chez les femmes innues notamment (Mailhot, 1983), contribue donc ultimement à influencer l'identité de celles-ci.

En effet, traditionnellement, les tantes, les grands-mères et les sages-femmes soutenaient les mères à chacune des étapes de la grossesse et de l'accouchement, alors qu'aujourd'hui, les femmes ont souvent peur au moment de donner la vie et elles se retrouvent isolées de leur réseau de soutien naturel une fois qu'elles sont hospitalisées (Begay, 2004; Simpson, 2006). Pour mieux comprendre comment la médicalisation de l'accouchement se solde par une diminution de l'état de santé des peuples autochtones, il est important de reconsidérer la notion de santé. Chez les peuples algonquiens<sup>10</sup>, *mino-pimatisiwin* correspond à la santé et au bien-être individuel et collectif au sein de la communauté (Anderson, 2011). Cette notion holistique décrit ce qui correspond à la « bonne vie », à la « vie entière et complète » et à la « vie saine » (Hart, 2020; Nahwegahbow, 2017; Radu et al., 2014). Elle renvoie à la croissance et la guérison de la sphère physique, mentale, émotionnelle et spirituelle qui reflète les valeurs de respect et de partage, toutes deux directement ancrées dans le territoire (Guay et Delisle L'Heureux, 2019; Hart, 2020). Ce terme n'entre pas en contradiction avec la notion de santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soit « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2019, p. 1, traduction libre). Cependant, la notion de *mino-pimatisiwin* a l'avantage d'être plus englobante et de mieux représenter la vision autochtone de la santé et du bien-être, justement parce qu'elle implique les relations avec les humains, les non-humains, les ancêtres et l'environnement. Le lien au territoire est à cet égard profondément structurant du bien-être individuel et collectif, sa construction commençant traditionnellement avec les naissances sur le territoire (Labra et al., 2023).

<sup>9</sup> Toutefois, un régime particulier s'applique aux trois nations du Québec (Cri, Naskapi et Inuit) qui ont adhéré à la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ) et à la Convention du Nord-Est québécois (Lévesque et al., 2018, p. 13). Leurs communautés sont dès lors désignées comme « conventionnées ». Par opposition, les communautés dites « non conventionnées » désignent toutes les autres communautés des Premières Nations au Québec.

<sup>10</sup> Les peuples algonquiens d'Amérique du Nord constituent un ensemble de Premières Nations du Canada et des États-Unis qui partage une tradition linguistique et cosmologique similaire. Cette appellation a été développée par les linguistes et les ethnologues afin de regrouper certains groupes autochtones qui partagent certaines ressemblances dans leur mode d'organisation sociale. Au Québec, elle réfère aux peuples : Eeyou (Cri), Anicinape (Algonquin), Atikamekw Nehirowisiw, Innu, Naskapi, Wolastoqiyik (Malécite), Mi'kmaq et Abénaquis.





# **SECTION 3**

**Vivre et apprendre sur le territoire**

# Vivre et apprendre sur le territoire

Les histoires de vie racontées par les femmes rencontrées (n=15) ont permis de documenter les étapes ayant mené à leur sédentarisation au sein des communautés et conséquemment, de la transformation de leur lien au territoire. Cette première partie des résultats revient sur l'importance de la fréquentation du territoire, non seulement dans la construction de l'identité des participantes et de leur entourage, mais également dans la transmission des savoirs traditionnellement associés aux grossesses et aux accouchements et dont les sages-femmes étaient les gardiennes. Parce que la trajectoire historique des femmes innues et atikamekw diffère quelque peu en dépit de points communs majeurs, leur récit sera traité successivement. Le choix de ce traitement distinct est également valable pour les deux sections suivantes (sections 4 et 5).

## Le lien au territoire des femmes innues

Sept des neuf femmes innues rencontrées sont elles-mêmes nées en territoire ou sous la tente dans la communauté récemment établie en vertu du processus de sédentarisation. Une seule a accouché de deux de ses enfants en territoire tandis que les sept femmes ont eu leurs premiers enfants sous la tente ou dans une maison de la communauté et les derniers à l'hôpital. Une femme a eu un seul enfant à l'hôpital. Toutes les femmes rencontrées ont vécu sur le territoire durant leur enfance et ont été témoin des accouchements d'autres femmes, comme ceux de leur propre mère, de leur tante ou de leur sœur. Leurs récits montrent que leur lien au territoire passe par ces moments hautement significatifs, mais également par toutes les activités, les mythes et les savoirs entourant ces étapes de la vie qui se sont déroulées en des lieux précis. Leur attachement envers ces lieux est encore tout à fait d'actualité et si certaines d'entre elles ont été en mesure d'y retourner depuis qu'elles sont installées de manière permanente dans la communauté, d'autres ne l'ont jamais fait, mais continuent d'entretenir des souvenirs vivants qui sont loin d'être nostalgiques envers ceux-ci.

## S'identifier au territoire

Les sites où les accouchements, mais aussi les décès, ont eu lieu sont de forts marqueurs territoriaux et identitaires. Une part de l'identité des femmes innues rencontrées y est rattachée, mais aussi celle de leurs enfants qui y sont nés et qui sont désormais adultes. Voici ce qu'exprime une participante :

*« J'ai vu dernièrement une madame qui voulait aller voir où elle avait accouché. Elle est allée là-bas où un de ses petits-fils l'a amenée. Mais elle est très vieille, elle a 85 ans je pense. Elle est restée quatre jours, elle voulait aller voir, elle s'est promenée là-bas et ça lui a*

*rappelé plein de choses. Elle avait accouché là-bas d'un de ses enfants. Il y avait un décès aussi là-bas. Et elle a tout vu ça. Elle était bien heureuse d'aller là-bas » (E3).*

D'autres participantes parlent de la fierté associée à ces naissances sur le territoire :

*« Je suis fière de ça. Je parle d'où je suis née sur le territoire. En langue innue, le nom du territoire où je suis née se dit Pitapeu. C'est très très loin dans le territoire et ça veut dire "l'eau salée qui est verte" si on traduit en français » (N1).*

*« J'entends tout le temps mon frère dire : "Je suis né dans le bois", c'est qu'il est fier de ça » (E2).*

Parce qu'il s'inscrit dans la durée, pendant des semaines et parfois des mois, le mode de vie des Innus en territoire favorisait l'établissement de liens de proximité entre les membres de la famille élargie. Le modèle de la famille nucléaire était inexistant. Les femmes partaient en territoire avec leur mari et leurs enfants, ainsi qu'éventuellement les grands-parents, les frères et sœurs, les belles-sœurs et beaux-frères en compagnie de leurs propres enfants, soit des familles élargies réunies au sein du même campement. Certaines participantes racontent comment leur société s'organisait. À l'aide d'une interprète, la première l'explique ainsi :

*« Il y a des gens qui partaient pour un an dans le bois des fois. Avec son père, sa mère, ses deux frères, elle dit qu'ils étaient six personnes qui partaient dans le bois. Elle dit qu'elle prenait beaucoup soin de sa mère, de sa grand-mère. [...] Elle dit que quand ils sont descendus dans le bois, il y avait d'autre monde dans des camps. Quand ils se promenaient, pour préparer le camp, elle ramassait le sapinage à chaque fois. Pis elle installait les tentes » (E2).*

D'autres femmes racontent :

*« Il y avait deux femmes très âgées qui étaient avec nous autres quand on partait dans le bois. Il y avait trois tentes. Ce sont elles qui traînaient tout ce qu'il y avait en subsistance » (N4).*

*« Oui, ce sont des familles groupées comme [celle de] mon grand-père. La mère de ma mère, c'était tous ensemble, ils étaient en groupe avec plusieurs tentes » (N2).*

Ce mode de vie nécessitait une panoplie de connaissances et de savoir-faire pour se vêtir, s'alimenter, se soigner, se déplacer, s'abriter, etc. Chez les femmes, tout le savoir entourant la grossesse et la naissance devait impérativement être maîtrisé, et cela, en fonction des ressources disponibles sur le territoire.



## Les connaissances et le savoir-faire entourant la grossesse

Les femmes détenaient toutes les connaissances entourant la grossesse et l'accouchement, mais également pour aider la nouvelle mère les jours suivant l'accouchement. La période des relevailles était plutôt courte. Le moment de l'accouchement venu, si la famille était arrivée à son campement, l'accouchement s'y déroulait avec l'aide de la mère, de la sœur ou au besoin, le père allait chercher une femme dans un campement voisin. Les participantes expliquent le rôle essentiel des sages-femmes :

« Les Innus longeaient la rivière Natashquan pour ensuite traverser dans d'autres territoires, dans d'autres petites rivières pour se rendre dans leurs territoires respectifs. Quand la femme enceinte s'approchait de la fin de sa grossesse, ils retournaient vers la grande rivière Nutakuan pour aller chercher une sage-femme, peu importe laquelle. Il fallait une sage-femme pour que ces femmes-là puissent accoucher dans les territoires » (N2).

Une autre femme raconte ceci à l'aide de son interprète :

« Il y avait un porc-épic qu'elle était en train de faire brûler. Après qu'elle ait préparé son porc-épic, elle est rentrée tranquillement dans sa tente. Elle ne pensait pas accoucher. Elle a réveillé mon père dans la nuit.

Elle a dit à mon père :

« Je pense que mon travail commence ». Puis mon père disait : « Je vais chercher ma mère (sa belle-mère) ». Elle a dit : « Laisse faire, ne demande pas à ta mère. » Mais sa belle-mère est venue. Ses contractions n'ont pas duré, seulement une heure et elle a accouché » (E2).

Elle ajoute :

« Mais [pour] les autres [enfants], elle dit qu'elle a accouché à Mingan avec deux sages-femmes. Elle dit qu'elle a accouché seulement une fois en haut de la rivière Romaine, plus loin au nord » (E2).

Une autre participante raconte :

« Dans le temps, il y avait des femmes qui accouchaient pendant l'hiver, on avait très peur qu'elle attrape froid. C'était une autre forme [de précaution] que les sages-femmes prenaient. Pendant deux ou trois jours, il ne fallait pas que le poêle à bois soit éteint. Il fallait toujours qu'il soit plein de bois pour pas que la maman qui venait d'accoucher prenne froid. La tente innue était très surveillée et était couverte pour mettre un peu plus d'isolation pour pas que la maman prenne froid. C'étaient ces formes de précautions qui étaient prises » (N1).

Par ailleurs, si l'accouchement survenait alors que la famille était en route vers son territoire ou vers le site de rassemblement estival, tous s'arrêtaient pendant quelques jours à l'endroit où la mère accouchait, puis ils repartaient. Une femme raconte comment un accouchement était l'affaire de tous :

« C'est sûr qu'il y a eu plein d'accouchements sur le territoire, les gens partaient [en territoire]. S'il y avait un accouchement, les gens accouchaient. Eux autres, quand ils partaient, c'était (pour) six mois. Si tu accouches en dedans de six mois [...] y a quelqu'un qui t'accouche. La personne âgée, la madame qui était là qui aidait à accoucher. Oui, il y a des lieux importants pour eux autres [en parlant des femmes aînées qui avaient accouché en territoire] » (E3).

Dès que la mère le pouvait, quelques jours après l'accouchement ou pour certaines, dès le lendemain, elle reprenait ses activités quotidiennes :

« Elles restaient seulement trois jours dans la tente après avoir accouché. Tout de suite après, elles retournaient dans le territoire à des kilomètres » (N4).

Une femme raconte :

« Il fallait attendre quatre jours à peu près à la même place quand la femme accouchait. Le temps de récupérer. Puis là, ma tante a commencé dès le lendemain, elle a commencé à travailler, elle s'est levée, elle est restée dans sa tente puis ma grand-mère allait souvent faire le manger, apporter de la nourriture puis prendre soin du bébé. La maman dormait, puis moi je disais : « Va chercher de l'eau, tu mettras de l'eau ici proche, on va faire chauffer de l'eau pour le bébé, on va le laver un petit peu. » Il fallait faire chauffer les petits draps [et] ils l'enveloppaient » (N3).

Diverses techniques étaient utilisées pour fabriquer des couches pour bébé, notamment avec de la sphaigne, *massekuashkamau* en langue innue, connue pour ses propriétés antiseptiques :

« Il fallait chercher de la souche qui était toute pourrie, elles mettaient ça en poudre, puis elles mettaient un carré de coton, puis elles mettaient ça proche du poêle pour faire sécher la souche en poudre. Elles utilisaient de la mousse aussi. Quand c'était tout séché, elles mettaient une épaisseur et elles mettaient ça comme couche » (N3).

Une autre femme ajoute :

« Dans le temps, il n'y avait pas de couches. Elles prenaient de la mousse qu'on trouve dans les plaines. On prenait ça pour faire des couches » (N4).



Figure 4. Mousse. Photo de Sylvie Basile, 2023

D'autres connaissances concernent plus particulièrement les traitements médicaux à base de plantes ou de parties d'animaux :

« Elle m'a dit qu'il y avait une plante; son utilité, c'était l'accouchement. Pour déclencher ou pour accélérer, il me semble. Elle m'a dit ça quand j'étais jeune. Mais je ne me rappelle pas le nom [de la plante]. Mais pour les douleurs, pour les contractions, c'était des "rogons" de castors. C'était probablement trempé dans l'eau, comme elle me disait. Elle donnait ça à boire et ça anesthésiait les douleurs. Ça enlevait les douleurs, c'était une forme d'anesthésie » (E1).

Une participante ajoute ceci, avec l'aide de son interprète :

« Elle raconte aussi que la peau de porc-épic, ils se servaient de ça comme une tétine pour le bébé. Ils ont donné ça à son petit frère et il a survécu. On se servait de ça pour qu'il n'ait pas faim » (E3).

À la suite de l'accouchement, le placenta – *Uatshishtun-ishkueu*, qui signifie « nid de la femme » en langue innue, ou *tatuashun*, qui désigne le « sac pour le bébé » (comme un « oreiller » pour certaines femmes) était enterré près d'un arbre ou brûlé. Selon les entrevues réalisées, il semble toutefois que ce procédé ne faisait pas l'objet d'une cérémonie spirituelle chez les Innus :

« Quand elles accouchaient dans les tentes ou dans les territoires, les femmes les mettaient au feu [les placentas] » (N4).

« Il me semble, ils disaient qu'ils le brûlaient. Oui, ils le brûlaient. Ils ne le jetaient pas, ils le brûlaient. C'est ce que j'ai appris. Je n'ai pas vu ma sœur quand elle m'a accouchée, ce qu'elle a fait avec. Mais, ils le brûlaient. Pour ne pas le laisser traîner et que les animaux le mangent » (E1).

Seulement l'une des aînées innues rencontrées a expliqué que la cérémonie du placenta était sacrée :

« Dans la tradition de la nation innue, dans toute la culture, le *teueikan* (tambour) est très vénéré, c'est un objet sacré que les femmes ne peuvent pas toucher ni jouer. C'est seulement les hommes. Mais notre *teueikan* à nous autres, c'est notre placenta. C'est sacré. C'est de cette façon-là que le placenta est sacré. C'est pour ça qu'on ne peut pas le laisser n'importe où et qu'on doit le brûler. Pour pas qu'il soit partout n'importe comment. Il faut le donner au feu pour qu'il soit comme une offrande » (N1).

Il arrivait aussi que les femmes fassent des fausses couches. Les sages-femmes détenaient également le savoir-faire nécessaire pour faire face à ces situations.

« Une fois, on est montés dans le territoire, je savais que j'étais enceinte de 2 mois et quelques semaines. J'allais en canot avec mon mari, un moment donné, j'ai eu mal au dos et mal au ventre et je l'ai dit à personne. Je perdais beaucoup de sang et mon mari m'a fait chauffer du vin, je crois. J'avais très froid, je ne savais pas trop ce que j'avais et mon mari non plus ne savait pas ce que j'avais.

Il a fait chauffer du vin, je pensais que j'allais guérir avec ça. La nuit, c'est là que j'avais vraiment très mal. Il y avait une kukum (grand-mère) qui est venue m'aider avec une de ses amies du même âge que moi. Elles ont commencé à mettre de la résine sur mon ventre pour que l'hémorragie cesse. Elles m'ont changée de vêtement et à tout faire pour que je ne perde pas trop de sang. Je commençais à pâlir et à devenir confuse. J'avais perdu trop de sang, j'ai fait une fausse couche dans la tente. Le lendemain, je me suis allongée dans la tente, la kukum ne voulait pas que je bouge. Je suis restée allongée toute la journée dans la tente. Deux jours après, on est repartis continuer notre chemin, on m'a emmenée dans le canot, emmaillotée avec beaucoup de couvertures parce que j'avais froid. Je saignais encore, je perdais beaucoup de sang et je m'affaiblissais. Un moment donné, mon mari m'a portée sur son dos. Moi, je ne voulais pas qu'on me voie sur le dos de mon mari. Mon mari ne voulait pas que je marche beaucoup ou que je bouge beaucoup. Alors, il m'a portée sur le dos pour arriver après le portage pour continuer à partir en canot » (N4).

Il s'avérait donc nécessaire de bien connaître le territoire et les ressources qui s'y trouvent afin de se tirer d'affaire lorsque nécessaire. La solidarité entre les membres de la famille et l'application des savoirs spécifiques des femmes entourant la grossesse et l'accouchement étaient essentielles pour la survie de tous.

## La difficile transmission des savoirs entourant les naissances

Les savoirs entourant la grossesse et l'accouchement n'étaient pas transmis aux enfants, il s'agissait d'un sujet tabou autour duquel des mythes étaient construits. Une participante raconte comment elle a été informée au sujet de sa propre naissance :

« Quand j'étais petite, ma mère m'a dit : "Toi [...], on t'a trouvée dans un panier de bois de chauffage, dans les sentiers dans le bois où tu peux trouver un bois cassé." Et c'est là qu'on m'a trouvée ç'a l'air. J'y croyais aussi » (N2).

« Quand je lui demandais où est-ce que j'étais née, elle me disait, tu sais comme des lutins là : "Un moment donné, dans des bacs à bois pour le chauffage. C'est là qu'on t'entendait faire du bruit et là, on te voyait bouger. Tu courrais partout et ta grand-mère [...] a essayé de t'attraper et c'est comme ça que tu es venue au monde" » (N2).

Une autre participante raconte comment étaient cachées les informations relatives à la femme enceinte :

« Je disais à ma grand-mère : "Pourquoi [elle] est grosse comme ça? Pourquoi elle a de la misère à marcher?" Eux autres, ils cachaient ça tout le temps. C'était très tabou de parler de ça aux enfants, puis j'ai dit : "Qu'est-ce qu'elle a dans son ventre?" [La grand-mère a répondu] "Arrête de parler de ça! Je ne veux plus que tu poses des questions comme ça." Ce n'était pas de mise de parler de ça aux jeunes. [...] Ils aimaient mieux nous faire accroire que le bébé allait venir d'une souche et qu'il avait hiberné là » (N3).

Elle ajoute :

« J'ai dit à mon grand-père : "Qu'est ce qui se passe là-dedans?" Il a dit : "On attend un bébé qui va arriver bientôt". J'ai dit : "Où est-ce qu'il va venir le bébé-là?" Il a répondu : "Il va courir dans la neige, puis il va rentrer dans la tente". Toute sorte d'affaires qu'ils nous faisaient accroire » (N3).

Une troisième participante raconte pourquoi elle cherchait un nouveau-né :

« Au déjeuner le matin, [nom de la dame] a dit : "Vous avez ramassé le sapinage hier, mais vous n'avez pas vu un enfant dans une écorce? Il était-là!". Après ça, quand ils ont ramassé le sapinage, elle cherchait tout le temps un enfant dans l'écorce [rires]. Elle a tout fait les écorces pour trouver un enfant [rires]. À son amie, elle a dit : "Hey, as-tu vu un enfant?". Elle a répondu : "Non" [rires]. Sa grand-mère lui a dit : "Vous êtes restées trop longtemps dans le bois pour chercher le sapinage". Elles ont cherché longtemps un enfant dans les écorces » (E2).

Ces mythes ont perduré et ont été adaptés avec le passage des accouchements dans les maisons, soit au moment de la sédentarisation des familles innues. La même participante ajoute :

« Je ne savais pas que ma mère accouchait ici, puis moi, je ne savais pas que ma mère criait pour son accouchement. Après l'accouchement, ma grand-mère est venue me montrer ma petite sœur. On jouait tout le temps dehors nous autres, puis là, ma grand-mère, elle me dit : "Vous n'avez pas vu un enfant dehors en dessous de l'escalier quand vous avez joué?" J'ai dit : "Non!" [rires]. Je ne savais pas qu'elle était enceinte. Elle a accouché ici, dans sa maison » (E2).

Les tabous entourant les naissances ont par ailleurs contribué à la perte des connaissances entourant la grossesse et l'accouchement. Ils ont aussi favorisé l'effritement de la confiance envers les sages-femmes chez les plus jeunes générations alors que les infirmières et les médecins se faisaient plus présents au sein des communautés. Des participantes parlent du manque d'information :

« Je me souviens quand j'étais jeune, j'entendais les kukum (grands-mères) quand elles accouchaient une femme dans une tente. Elle entendait les kukum dire : "Non. Vous ne pouvez pas voir ça, il ne faut pas que vous restiez aux alentours, vous ne pouvez pas voir ça, vous n'avez pas le droit de voir ça". C'est ce qu'elles nous disaient. Ça a été un manquement de ce côté-ci parce que j'aurais pu poursuivre la tradition et savoir ce qu'il faut faire lorsqu'une femme enceinte a des contractions » (N1).

« J'avais peur dans ce temps-là, je ne voulais absolument pas que ces trois kukum (grands-mères) m'accouchent. J'aurais mieux aimé avoir un médecin. On avait un médecin, mais à des kilomètres de là. J'attendais qu'un médecin vienne. Je ne voulais pas que ces sages-femmes

m'accouchent dans la tente, j'avais peur que ça ne fonctionne pas. Ou que le bébé soit, je ne sais pas... Je n'avais pas confiance et je ne savais pas comment on accouchait. Je ne savais même pas où le bébé allait sortir. Je me posais la question, est-ce qu'on allait me faire une incision. Je ne savais rien de l'accouchement. C'est pour ça que j'avais peur des sages-femmes. Je me demandais comment elles allaient faire sortir le bébé » (N4).

« En 1962, je suis tombée enceinte, je venais de me marier. Au printemps suivant, au mois de juin, j'étais sur le point d'accoucher, puis je m'inquiétais un peu parce que ma mère ne m'avait pas trop mis au courant comment ça allait se dérouler. C'était très bref quand elle me donnait des informations. Elle me donnait comme information juste l'essentiel » (E1).

« Le dernier bébé de la famille chez nous, ma mère a accouché à la maison. Je voulais assister à l'accouchement, je n'avais pas le droit. J'avais déjà deux enfants et même là, elle n'a pas voulu que j'assiste à son accouchement. Mais à l'hôpital, j'ai assisté aux accouchements de mes filles » (N2).

Le contrôle médical exercé par les infirmières et les médecins a en effet contribué à rendre les femmes sceptiques quant aux sages-femmes de leur communauté et pour certaines, à préférer un accouchement dans un centre hospitalier. Une des participantes raconte son expérience :

« C'est parce que dans ce temps-là, les infirmières, elles commençaient à nous dire d'accoucher à l'hôpital. Peut-être qu'elles n'avaient pas confiance en nos sages-femmes. Même deux, trois ans plus tard, elles exigeaient qu'on aille accoucher là-bas. C'est pour ça » (E1).

« Elles ont arrêté d'accoucher dans la communauté dans les années 60 et je te dirais 70. Ça a commencé dans les années 70, les accouchements à l'hôpital. [...] c'était surtout les infirmières qui venaient travailler dans les communautés qui ne reconnaissaient pas trop les accouchements par les sages-femmes. [...] elles trouvaient que ce n'était pas très hygiénique, les accouchements à domicile. Mais on n'a jamais remarqué des infections. Ma sœur, je ne sais pas combien de fois elle a accouché. Elle a accouché presque 16 fois dans la communauté et dans le bois » (E1).

« Je me sentais plus en sécurité d'aller à l'hôpital, vu que l'hôpital était à une quarantaine de kilomètres de Mingan. Il y avait un bateau qui passait une fois par semaine » (E1).

« C'est sûr que ça a eu un impact [la transition des accouchements vers l'hôpital], ce n'étaient pas des choses qu'on était habitué [de voir]. Comme par exemple, le fait de se retrouver dans un hôpital avec une autre nation. En plus, les femmes ne parlaient pas français, alors la communication aussi était un problème. Comme je vous ai dit [...] je pensais que ça allait être plus sécuritaire pour moi d'accoucher à l'hôpital, mais ce n'était pas ce que j'ai ressenti [...]. J'ai regretté de pas avoir accouché avec l'aide de ma sœur » (E1).



« Personnen'habitait ici [dans la communauté] avant. À l'été, l'automne et au printemps, ils partaient tous d'ici » (O4).

La perpétuation du tabou entourant les naissances de la part des aînées auprès des jeunes générations, et spécifiquement des enfants, semble avoir créé un terrain propice à l'imposition d'une vision médicalisée de cette étape de la vie. Parallèlement, les infirmières exerçant au sein du dispensaire des réserves d'Ekuanitshit et Nutashkuan ont vraisemblablement joué un rôle moteur dans cette dynamique, et spécifiquement parce qu'elles ont discrédité les méthodes traditionnelles dont le savoir était détenu par les sages-femmes et qu'elles ont diffusé une rhétorique du risque associé à l'accouchement auprès des jeunes générations. Ce point doit être compris dans la perspective de la politique médicale d'alors qui forçait l'évacuation des femmes à la 32<sup>e</sup> semaine de grossesse vers le centre hospitalier Jean-Eudes de Havre-Saint-Pierre afin de prévenir d'éventuelles complications. Ainsi, la cohabitation de tabous autour du rapport au corps chez les jeunes générations et de leur exposition à la rhétorique du risque promue par les infirmières des dispensaires de leur communauté a contribué au scepticisme croissant des jeunes générations envers les savoirs traditionnellement détenus par les sages-femmes et associés à la naissance.

### **Le lien au territoire des femmes Atikamekw**

Comme dans le cas de leurs consœurs innues, les six femmes atikamekw rencontrées dans le cadre de la présente recherche ont également mis de l'avant un fort sentiment de fierté lié à leur expérience de vie sur le territoire.

### **La fierté d'être élevée « dans le bois »**

Les femmes atikamekw rencontrées ont vécu plusieurs années en territoire, avec leur famille élargie ou leurs parents de substitution, où elles ont hérité de ces savoir-faire traditionnels. Deux d'entre elles expliquent :

« Je suis née à Opitciwan, j'ai 54 ans. Je dis que je viens d'Opitciwan, mais on m'a élevée dans le bois... » (O1).

« Nous avons toujours vécu dans le bois, quand j'étais jeune. Nous restions toujours dans le bois. Au printemps, au mois de mars, nous partions. Je me rappelle qu'on nous tirait en traîneau. [...] nous nous dirigeons vers le territoire de mon père [...] ou là où [...] demeure, l'autre bord. Parfois, dans le territoire de [...]. Que j'aimerais y retourner » (O2).

Elle ajoute :

« L'été aussi, on embarquait en canot. On nous emmenait et nous étions tentés au lac. Tout l'été! Tout l'été en forêt. Nous ne mangions que de la bannique, du poisson... Puis au printemps, c'était le lièvre, les perdrix, du poisson aussi. Nous mangions bien » (O2).

Deux autres femmes racontent le même vécu :

« Vers l'âge de 7 ans, j'étais dans une autre famille et eux m'ont emmenée dans le bois » (O3).

Lors des entrevues, les femmes ayant connu les deux modes de vie, soit en territoire et en communauté, ont exprimé leur nostalgie pour le mode de vie ancestral et ont souligné les bienfaits de celui-ci :

« Je me rappelais mes parents, lorsqu'ils nous amenaient. Je pleurais en y pensant. Ce n'était pas des pleurs de tristesse, mais de joie. Je me souvenais de la joie que je ressentais. C'était amusant. Parfois, je m'ennuie quand j'y repense. C'est pourquoi je vais toujours dans le bois. Moi, il faut toujours que je sois dans le bois » (O2).

« En forêt, si je dors trop souvent dans un chalet, je ressens un manque. C'est l'envie d'être sous une tente avec le sapinage. D'y dormir. Le soir, lorsqu'il fait froid, de faire un feu. On y dort tellement bien. L'odeur du sapinage est forte. On y dort bien. C'est ce que je remarque aujourd'hui. Avec l'odeur du sapinage, on s'endort plus vite. Ici (dans le chalet), ça me prend plus de temps » (O1).

Elle ajoute les propos suivants au sujet d'une marche annuelle de deux semaines sur le territoire :

« Je m'ennuie... Je m'ennuie de la marche Moteskano. J'avais envie de marcher dans le bois. De marcher entre les arbres. Autrefois, c'était amusant de marcher en forêt » (O1).

Une autre femme fait un lien entre l'accès au territoire et la santé de sa famille :

« C'est vrai qu'ils [ses parents] étaient bien... Lorsqu'ils marchaient avec leurs enfants... en élevant leurs enfants. Je ne me souviens pas d'avoir été souvent malade. Nous étions toujours dehors à jouer avec mes frères et sœurs. Je ne me rappelle pas d'avoir été très malade. On nous disait de boire des plantes médicinales (plante de l'ours). Nous en buvions toujours. C'est ce qu'ils utilisaient. Puis, tout s'est arrêté (ils ont arrêté). [Son frère] disait que c'est la faute du gouvernement... Il n'est pas d'accord du fait que nous ayons nos propres médecines. C'est ce qu'il disait et que c'est lui (le gouvernement) qui a décidé que l'on reste ici (dans la communauté relocalisée) » (O6).

Ainsi, parce que les femmes rencontrées ont clairement manifesté leur préférence territoriale pour l'expérience de la vie « dans le bois » en comparaison avec la vie sédentaire en communauté, cette expérience de vie joue un rôle identitaire fondamental dans la construction de leur lien au territoire.

### **Le territoire, un lieu d'apprentissage**

Cette expérience prolongée de la vie sur le territoire impliquait des modes d'apprentissages fluides des savoirs traditionnels. En d'autres termes, les participantes ont décrit cette expérience comme une occasion d'apprentissages quotidiens des savoirs transmis par leurs aînées.

« J'étais dans le tikanakan (porte-bébé avec une planche de bois) et je voyais ma mère couper du bois avec une scie. Je me souviens de m'être dit que je



ferais comme ma mère un jour. C'est pour ça que c'est important d'amener ses enfants dans le bois » (01).



Figure 5. Tikinakan. Photo du Conseil de la Nation Atikamekw, 2013

Elle explique comment les ressources de la flore et de la faune étaient utilisées :

« Il y a eu des moments dans le bois avec mes parents, j'apportais des plantes à ma mère et elle me disait c'était quoi et à quoi elles servaient. » (01).

« Il y en a eu plusieurs des grands-mères qui arrangeaient la peau d'original. Matihiketcik (écharner la peau), aseketcik (tanner la peau) avec leurs maris. » (01).

Une autre participante ajoute :

« C'est tout ce que ma grand-mère m'a appris, mes parents... À faire du cipahikan (gibier et bannique bouillis), des beignes, le pain maison, l'artisanat, ça vient de ma grand-mère » (03).

Cet apprentissage visait non seulement l'acquisition de savoirs concrets en lien avec l'utilisation des ressources disponibles telles que les végétaux et les animaux, mais dénotait également un apprentissage spirituel intimement lié à la fréquentation du territoire. Or, leur spiritualité étant liée au territoire, certaines familles ont perpétué ces pratiques à travers les années, mais ne les ont pas nécessairement montrées aux dernières générations puisque la vie en communauté est territorialement moins propice au transfert des savoirs spirituels. Une participante raconte son expérience :

« On faisait les anciennes cérémonies dans le bois,

ils (les aînés de sa famille) les faisaient encore. Je me souviens quand j'étais enfant, on était dans le bois et je me suis réveillée au milieu de la nuit. J'ai entendu des choses et c'était peut-être ça qu'ils faisaient, la cérémonie kosapaktcikan (tente tremblante). Quand je suis sortie (de la tente), je pouvais voir de la lumière au-dessus (de l'autre tente) » (01).

Elle ajoute :

« Quand j'ai eu mon premier enfant, mon père ne m'a jamais parlé des cérémonies. Quand j'ai informé mon père que j'avais fait baptiser mon bébé, il m'a dit : "Pourquoi tu ne me l'as pas dit?". Et j'ai répondu : "Pourquoi?". Il a répondu : "Parce que je t'aurais montré ce que l'on faisait autrefois" » (01).

## Le savoir-faire et le système d'entraide

Chez les Atikamekw, la naissance d'un enfant ne faisait vraisemblablement pas l'objet de tabous et les jeunes filles étaient initiées à la pratique de sage-femme (*ka odapanaso* « celle qui accueille l'enfant » ou *ka otapinawoso* « celle qui attrape l'enfant »). Une participante raconte comment les sages-femmes appliquaient leur savoir-faire par les actes et la parole :

« Une fois, le bébé ne s'était pas retourné et la mère avait de plus en plus mal. La sage-femme a parlé au bébé pour lui demander de se tourner. Elle a demandé à l'enfant de se tourner pour qu'il puisse naître parce que la mère était très fatiguée » (01).

Par ailleurs, toutes les filles n'avaient pas cet intérêt pour la pratique de sage-femme, tel que le raconte l'une des participantes.

« Raconte-nous l'histoire, où tu t'es enfuie. Lorsqu'on voulait t'initier. Ah oui, lorsque je me suis enfuie [rires]. Je voyais déjà l'enfant s'en venir. J'ai dit à la grand-mère que je devais sortir avant. Peu après, elle s'est exclamée : "Où est-elle passée? Celle qui est censée attraper l'enfant?" Elle était fâchée. Je l'avais raconté à ma mère et elle s'est fâchée après moi aussi. Elle me disait que je ne devrais pas me comporter ainsi lorsque quelqu'un essayait de m'apprendre quelque chose. Je lui ai répondu que j'avais eu peur de voir l'enfant naître » (05).

La disposition du placenta (*otirawoson*) à la suite de l'accouchement se faisait dans le plus grand des respects. Une participante explique :

« Les femmes prenaient le temps de bien s'occuper du placenta. Parce que quand tu regardes le placenta, ça ressemble à un arbre. C'est ce que l'on m'a enseigné. Elles (les sages-femmes) enveloppaient le placenta avant de l'enterrer parce que c'est le placenta qui va prendre soin de la terre par la suite. Autrefois, l'hiver, le placenta était brûlé. J'ai beaucoup aimé de ce que ma mère m'a raconté, elle m'a enseigné beaucoup de choses. Le placenta va grandir et de belles choses vont pousser » (01).

Les pratiques entourant la grossesse et l'accouchement ne réfèrent pas essentiellement aux savoirs acquis et transmis de génération en génération, c'est aussi à tout un

système de liens et d'entraide entre les femmes qui était mis en place. Une des participantes raconte :

« Anciennement, les kokom (grands-mères) quand elles accouchaient, il n'y avait pas d'infirmière, elles s'entraidaient beaucoup. Quand l'une d'elles était enceinte, une autre femme l'aidait et cette dernière attendait quelques mois avant de devenir enceinte et ainsi de suite » (01).

« Moi, j'entends souvent dire que les femmes s'entraidaient lors de leurs grossesses » (01).

Cette entraide se manifestait par la mobilisation de plusieurs femmes autour de la mère sur le point d'accoucher.

« [...] et l'une des sages-femmes que j'ai connues. Il y avait aussi la défunte [...], mais elle ne m'a jamais accouchée. [...] et [...] (Tcipireto, ma grand-mère), ce sont celles qui m'ont toujours assistée. Il y avait une autre, je ne me rappelle plus. La grand-mère de la défunte [...] était également une sage-femme. Elle m'a accouchée une fois, avec Tcitwe (décédée), accompagnée de [...] (décédée). Elles étaient là les trois » (04).

Ce système d'entraide intergénérationnel incluait le transfert des savoirs ainsi que le développement de compétences entourant les soins aux enfants. Les femmes atikamekw interrogées ont perpétué les façons de faire de leur mère et de leurs grands-mères avec leurs propres enfants et n'ont pas adhéré aux méthodes dites modernes. À titre d'exemple, malgré les pressions du personnel médical, il n'y a pas eu de coupure dans l'utilisation des berceuses (*wepison* « hamac ») et du porte-bébé (*tikinakan* « porte-bébé sur planche de bois »). Les femmes ont continué à les utiliser, même avec leurs petits-enfants.

« Nous n'avons pas eu besoin d'acheter un petit lit... Nous avons utilisé des hamacs et des *tikinakan* » (04).

« Non, je n'ai jamais acheté de petit lit de bébé. Je lui faisais un hamac » (05).

« Qu'est-ce que l'on t'a dit à propos des porte-bébés et des *tikinakan*? On m'a expliqué pourquoi on les attache. De ne pas trop les attacher serrés. C'est pour qu'ils soient forts. C'est ce qu'on m'avait dit. [...] [Mes enfants] Je les ai tous attachés (emmaillotés) » (01).

« Oui, c'est ce que j'ai toujours fait aussi (mettre le bébé dans un *tikinakan*). Même encore aujourd'hui, avec ma petite-fille » (01).

La survivance contemporaine de ces pratiques constitue précisément l'une des différences majeures entre la trajectoire des femmes innues et des femmes atikamekw rencontrées dans le cadre de ce projet.

## Conclusion : Les similitudes et les différences dans l'héritage de l'expérience de la maternité en lien avec le territoire

La trajectoire des femmes innues et des femmes atikamekw rencontrées fait d'abord état de plusieurs points communs en débutant par la fierté de s'identifier au territoire, que ce soit en tant que lieu de naissance ou comme espace de vie quotidienne. La fréquentation du territoire est par ailleurs associée à l'apprentissage de connaissances, qu'elles soient générales à la survie (par exemple, la chasse pour se nourrir et se vêtir) ou qu'elles touchent spécifiquement la thématique de la grossesse et de l'accouchement par le biais du recours aux ressources naturelles disponibles telles que les plantes médicinales ou les animaux.

Concernant les accouchements, les aînées sont évidemment les principales détentrices de ces savoirs. Il peut s'agir de sages-femmes dont le rôle est clairement défini au sein des groupes sociaux ou plus simplement de membres féminins de la parenté élargie telles que les tantes, belles-mères, mères, sœurs, etc. Dans tous les cas, l'entraide et l'accompagnement, desquels les hommes ne sont pas exclus, car ils peuvent participer de manière indirecte en collectant certaines ressources par exemple, jouent un rôle majeur dans le suivi des grossesses et de l'accouchement des femmes.

En revanche, si la transmission de ces savoirs dits traditionnels s'est opérée de la même manière, soit grâce à la fréquentation du territoire, cette dynamique semble avoir été historiquement modifiée de façon différenciée, que ce soit dans le cas des deux communautés innues ou de la communauté atikamekw. Concernant les femmes d'Opitciwan, on note une continuité dans la transmission des savoirs touchant la maternité qui s'est traduite par une survivance de ceux-ci alors que dans le cas des femmes innues, l'imposition de la vision biomédicale semble avoir eu des effets plus considérables. Les tabous entourant la grossesse et l'arrivée du bébé semblent avoir perduré jusqu'à tout récemment, laissant ainsi plusieurs femmes dans l'ignorance du processus de la naissance. Les femmes atikamekw ont également mentionné, mais dans une moindre mesure, l'existence de mythes entourant les naissances et destinés à préserver les enfants des connaissances approfondies touchant cette étape de la vie.

Parce que l'expérience de la maternité est intimement liée à la fréquentation du territoire, elle a contribué dans les deux cas, innu et atikamekw, à construire l'identité des personnes rencontrées. C'est pourquoi la délocalisation de cet ancrage territorial de la pratique de l'accouchement au profit des hôpitaux a eu une grande portée sur les plans culturel et identitaire.





# SECTION 4

**Les impacts de la sédentarisation sur  
la transformation des pratiques liées à la  
grossesse et à l'accouchement**

# Les impacts de la sédentarisation sur la transformation des pratiques liées à la grossesse et à l'accouchement

Les histoires de vie racontées par les participantes ont permis de comprendre quelles ont été les conséquences de la délocalisation forcée du lieu des accouchements dans la mutation de leur lien au territoire à partir de leur sédentarisation au sein des communautés. Du territoire à l'hôpital en passant par la communauté, il s'est produit plus qu'un déplacement du site de l'accouchement. Non seulement le processus de construction identitaire des mères et des personnes à naître a été transformé, mais leurs conditions de vie ont connu une indéniable dégradation, que ce soit à Ekuanitshit, à Nutashkuan ou à Opitciwan.

## La transformation du lien au territoire des femmes innues

Les femmes innues rencontrées en entrevue ont connu le passage de la vie semi-nomade à la sédentarisation partielle, puis complète, en communauté à partir des années 1950, surtout avec l'obligation pour les enfants autochtones d'aller au pensionnat. C'est à partir de ce moment que le lien au territoire a connu une profonde transformation, notamment parce qu'on a cessé d'y donner naissance. En revanche, la pratique des *tshukuminant* (« sage-femme ») s'est maintenue pendant quelques années en communauté, jusqu'à ce que les femmes détenant ce savoir-faire ne soient plus en âge de pratiquer. En même temps est venue l'obligation pour les femmes de se rendre en centre hospitalier pour accoucher.

## La persistance du savoir-faire des sages-femmes en communauté

La pratique des sages-femmes autochtones était différente de celle des infirmières et médecins. Au début de la sédentarisation en communauté, alors que les sages-femmes autochtones étaient encore présentes, elles ont continué à pratiquer selon les méthodes traditionnelles, utilisées lors des accouchements en territoire. Une des participantes raconte son expérience :

*« On vivait encore dans les tentes quand j'ai commencé à accoucher. Moi quand j'ai commencé à accoucher de mes enfants, c'était une toute petite maison en bois, un chalet, ce n'était tout simplement pas plus grand que, je ne sais pas moi, 12 par 12 (pieds), pas plus grand que ça [rires] » (E1).*

*« Je suis retournée voir ma mère. Je lui ai dit : "Ç'a avancé, je vais accoucher bientôt." J'étais un peu craintive. Mais elle m'a rassurée : "Ça va bien se passer, tu ne vas pas avoir un gros bébé, tu es toute petite. Pis ça devrait bien*

*aller. C'est ta sœur [...] qui va t'aider à mettre ton enfant au monde. C'est une personne qui a beaucoup d'expérience, c'est elle qui va t'aider. Elle a accouché quasiment tous les enfants de la communauté. J'ai confiance, t'as juste à aller chez vous. Envoie quelqu'un quand tu vas sentir que vraiment tu vas être sur le point d'accoucher" » (E1).*

Elle raconte son deuxième accouchement dans des circonstances similaires :

*« J'ai accouché chez nous. Ça a été très vite. C'était la même chose. C'était la même personne qui m'a accouchée. Ma mère était présente aussi. Puis, cette fois-là, mon conjoint, il était présent. Ça s'est très bien déroulé. C'est la même chose, c'est ma sœur qui m'a accouchée. On me faisait des massages, comme je disais pour le premier, de haut en bas. Pis, ça me faisait du bien ces massages-là. C'est comme ça. C'est la deuxième fois que j'accouchais à la maison, puis ce n'était pas si douloureux que ça d'accoucher » (E1).*

Une autre participante raconte la transition du lieu d'accouchement des femmes de la communauté de Nutashkuan :

*« Il y avait plusieurs femmes qui s'entraidaient entre elles pour mettre au monde les bébés dans la communauté dans le temps. C'est ça qu'elles faisaient. C'est ces dames-là qui ont aidé à mettre au monde... Dans le temps, j'ai accouché dans la communauté. Dans ce temps-là, il n'y avait pas de médecin spécialiste, il y avait des femmes qui accouchaient, des femmes qu'on nommait tantôt comme *tshukuminant*. Kanani, c'était ma tante [...], c'était une des premières sages-femmes aussi dans la communauté. Ce sont elles [...] qui ont commencé à pratiquer les accouchements dans la communauté. [...] Cela a arrêté depuis que les femmes ont été transférées dans un hôpital à Havre-Saint-Pierre à 200 km d'ici. C'est dans ces moments-là que ces femmes-là ont cessé de pratiquer l'accouchement dans les communautés. Il y avait des femmes qui faisaient le choix d'accoucher dans la communauté ou d'accoucher à l'hôpital » (N2).*

Ces récits témoignent de la confiance originellement accordée aux sages-femmes innues tout en mettant en lumière le système d'entraide caractéristique de la pratique de l'accouchement par lequel l'accompagnement de la femme enceinte guide la pratique des sages-femmes. Ce système d'entraide et d'accompagnement était construit à partir de plusieurs méthodes distinctes au sein desquelles, au contraire de l'immobilisme et de la station allongée préconisés à l'hôpital, le mouvement, tel que la marche de même que les massages, est encouragé. Une participante raconte son expérience :



« J'ai dit à ma mère : "Je pense que le travail a commencé et j'aimerais ça que tu me parles de comment ça va se dérouler." Ce qu'elle m'a dit, c'est : "Quand le travail commence, il faut continuellement bouger. Surtout marcher. Ça va faire avancer le travail, ça va faire descendre le bébé. C'est ça que tu as à faire pour les prochaines heures. Ça peut durer jusqu'à demain, peut-être qu'à la même heure, tu vas accoucher". J'ai dit : "Ça va être aussi long que ça?" Elle m'a dit : "Oui" » (E1).

Elle ajoute que la sage-femme, sa sœur, lui a expliqué comment se positionner :

« Puis là, elle m'a dit : "Mets-toi à genoux puis tu poseras tes coudes sur le lit, puis tu pourras même accoter ton front sur le lit si tu trouves ça dur. C'est comme ça la position dans laquelle on va pouvoir t'aider". Elle a mis le couvre-lit avec les oreillers au fond pour que je puisse m'agripper dessus pour les douleurs. Elle m'a expliqué comment ça allait fonctionner. Quand je n'avais pas de douleurs, elle me disait : "Bouge dans la chambre". Fallait que je bouge. Ma mère était là aussi. À chaque fois que je m'approchais d'elle, elle venait me voir et elle faisait comme des massages dans le dos. Elle allait de haut en bas, à chaque fois qu'elle faisait ça, on aurait dit que ça stimulait mon bébé à descendre. Pis moi ça me soulageait, ça m'a rassurée de sentir qu'à chaque fois qu'elle faisait ça, ça poussait l'enfant vers le bas, pis que l'enfant aussi poussait » (E1).

Une autre femme mentionne que :

« Oui, elles s'accroupissaient, elles massaient l'utérus en même temps qu'elles étaient assises (sur les talons) » (N3).

Ces sages-femmes détenaient les connaissances médicinales nécessaires à leur pratique et ont continué de les utiliser lorsqu'elles se sont sédentarisées dans la communauté. Certaines participantes ont raconté leur vécu :

« Après leur accouchement, il y avait un genre de résine de sapin qu'on appliquait sur le ventre pour tout nettoyer à l'intérieur de l'utérus pour que tout se passe bien probablement aussi pour que le placenta sorte. C'est ce que j'ai vu faire et c'est ce qu'on m'a fait aussi » (N4).

« Mon placenta ne voulait vraiment pas décoller. Ça a pris une heure, la sage-femme faisait des allers-retours pour voir le placenta. Et elle m'a donné... Vous n'allez pas me croire! Elle a mis du sel dans ma paume de la main et dans l'autre main aussi. Et à ce moment-là, le médecin de Natashquan, le docteur [...] est arrivé et [...] m'a dit : "Ton placenta va s'enlever d'une minute à l'autre". Elle m'a demandé de souffler dans ma main droite. Ensuite, de souffler dans la main gauche. Il y avait du sel dans mes mains et il n'y en avait plus après avoir soufflé. Tout de suite après, le placenta est sorti. Le sel était parti, il n'y avait plus rien. [...] La vieille (nom de la sage-femme) m'a demandé de serrer les poings fort et j'ai soufflé. Je me demandais ce qui allait m'arriver après ça. Je pensais que le sel allait sortir de mes mains quand j'ai soufflé, mais non, un moment donné, le placenta

est sorti. Je n'ai eu aucune déchirure, rien » (N2).

« Elle dit qu'elles utilisaient les glandes de castors. Elles faisaient bouillir ça dans l'eau et elles buvaient ça. Ça aidait à déclencher l'accouchement chez la femme. Des fois ça fonctionnait, des fois c'est l'infirmière qui venait. Il y en a une infirmière qui venait du Lac-Saint-Jean, elle est venue assister à l'accouchement. Deux fois la même infirmière, pour mon frère et ma sœur. Elle venait aider les sages-femmes, les aînées » (E5).

« Il y avait une kukum (grand-mère) qui surveillait beaucoup la femme pendant un an. Puis dans le ventre, la maman était serrée, on lui enroulait du tissu pour serrer un peu son ventre et surveiller ses pertes sanguines au niveau de l'écoulement du sang et tout ça, ses menstruations. Puis elle surveillait pendant un mois les mamans qui venaient d'accoucher pour surveiller les douleurs. Même dans le temps, vu qu'il n'y avait pas de laveuse et de sècheuse, elle surveillait les femmes et pendant un mois, elles ne pouvaient pas faire leur lavage. Comme on sait, il n'y avait pas de robinet, pas de machine. Il fallait aller puiser de l'eau, ramasser du bois, faire du feu, la femme devait être à quatre pattes pour essorer son linge. C'était des femmes qui étaient surveillées de loin pendant un mois. Elles ne pouvaient pas faire leur lavage » (N1).

Au sujet de l'allaitement, cette même participante ajoute :

« Il y avait aucun lait commercial. Tout se faisait au lait maternel. Une fois né, pendant une ou deux nuits, le bébé était [placé] proche du sein de sa maman pour lui donner à boire et donner le contact du sein directement. Il fallait nettoyer les seins, les mamelons. Il y avait un tissu comme un genre de coton ouaté blanc qu'ils mettaient en dessous des seins pour que ce soit propre là où l'enfant était nourri au sein. Pour faciliter l'écoulement des seins, il fallait manger de la viande et une tisane avec de la gomme de sapin » (N1).

Les propos recueillis montrent que le passage de la vie en territoire vers celle en communauté a perturbé les pratiques et les connaissances touchant la grossesse, l'accouchement et les relevailles. De la gestion du placenta à l'allaitement du nouveau-né en passant par les pratiques d'accompagnement des femmes pendant l'accouchement, c'est tout un système qui s'est transformé.

## Les conséquences de la sédentarisation sur la gestion des grossesses et des accouchements

L'exemple de la gestion du placenta illustre particulièrement bien les changements qui se sont produits avec la sédentarisation en communauté. Selon une participante, le placenta était alors mis au feu au lieu d'être enterré :

« Quand qu'elles étaient dans le territoire, elles enterraient le placenta. Les sages-femmes les enterraient devant un arbre. C'est dans les communautés qu'elles ont commencé à mettre le placenta au feu parce qu'il y avait beaucoup de chiens dans les communautés. Sinon les chiens déterraient ça » (N2).

Puis, dès que les femmes ont accouché en milieu hospitalier, celles qui auraient voulu enterrer ou brûler leur placenta, comme le faisaient les générations avant elles, ont cessé d'avoir cette possibilité :

« C'est ça qui a été manqué pour plusieurs femmes qui ont accouché. On voit pu ça, on ne sait pas ce qui se passe après, est-ce qu'ils le détruisent? Est-ce qu'ils le jettent? C'est où que ça se passe après? On ne le voit pas le placenta. C'est ça qui a eu comme manquement avant. Dans le temps qu'on accouchait avec les kukum (grands-mères), on voyait ce qu'elles faisaient avec le placenta. [...] Il faut faire de même (le brûler ou l'enterrer). C'était sacré le placenta » (N1).

Une autre participante explique, avec l'aide de son interprète, la transition des pratiques de la maison à l'hôpital :

« Havre-Saint-Pierre [est] à proximité, à vingt minutes d'ici. Les accouchements se faisaient là-bas à l'hôpital. Aussitôt que les maisons ont été construites dans la communauté ici, ç'a commencé, les accouchements à l'hôpital. Mais elle ne se souvient pas vraiment de l'année. Moi [interprète] je suis née en 1974, à partir de 1974, elle est tout le temps allée à l'hôpital au Havre-Saint-Pierre » (E4).

Le passage des accouchements en centre hospitalier a entraîné plusieurs autres changements pour les femmes innues, dont la fin de l'allaitement naturel qui, dans les années 1970, n'était pas encouragé par le corps médical. Des participantes racontent :

« Non, je n'ai allaité aucun des enfants que j'ai accouchés à l'hôpital. Je leur ai donné la bouteille. Avant, au début, on nourrissait au sein. Il y a des enfants qui étaient encore très grands et qu'on nourrissait encore au sein » (N1).

« Oui dans ce temps-là, on commençait à nourrir au lait (maternisé) parce qu'on commençait à être sédentaires. C'était la sédentarisation qui commençait, puis les gens allaient moins dans le bois dans les années 1963, dont je parle là. Les femmes allaient moins une fois sédentarisées dans la communauté? Oui, tous les hommes allaient à la chasse dans ce temps-là parce que les enfants commençaient à l'école. Il y avait une école ici, une école primaire, puis c'est là que les enfants étaient envoyés, il fallait que les femmes restent ici et les hommes allaient à la chasse » (N3).

Cette dernière ajoute :

« C'est là aussi que ç'a commencé avec le médecin qu'on avait. Celles qui ne pouvaient pas allaiter, il prescrivait le lait (maternisé), puis la plupart des gens qui restaient ici pour l'école, ils allaient à Havre-Saint-Pierre. Elles allaient accoucher à Havre-Saint-Pierre. Des fois, elles restaient là pendant un mois pour accoucher parce qu'il n'y avait pas de communication. Il y avait juste le bateau l'été qui passait une fois par semaine, l'avion de temps en temps et quand il y avait des difficultés pour les femmes enceintes, ils les envoyaient à Havre-Saint-Pierre, dans le temps des religieuses » (N3).

S'est également installé un mythe, qui perdure encore de nos jours, voulant que les femmes autochtones ne ressentent pas de douleurs pendant l'accouchement alors qu'elles sont plutôt encouragées à ne pas exprimer leur souffrance. Verbaliser la douleur est d'autant plus complexe dans un contexte où les femmes sont gênées de se retrouver dans un milieu étranger, coupées du soutien de leur famille, et dans lequel le corps médical ne parle pas la même langue qu'elles. En effet, seul le déplacement des femmes était alors encadré par le personnel médical, celui des pères, et de tout autre membre de la famille, étant à leur propre charge. Avec l'aide de son interprète, une participante raconte ainsi son expérience en lien avec le soulagement de la douleur :

« Elle dit comme vous autres [la jeune génération de femmes], vous avez assez peur de la douleur! Sa mère, elle leur demandait de ne pas pleurer, de ne pas crier, d'endurer le mal. C'est ça qu'ils demandaient aux femmes quand elles accouchaient. Mais c'est ça que ma mère aussi m'a dit quand je suis allée accoucher. C'est ça qu'elle a dit à ses filles et ses petites-filles. Parce que j'ai deux nièces qui ont déjà des bébés. Elle leur a dit de ne pas crier et de ne pas sacrer. Parce qu'il y a des femmes qui sacrent aussi quand elles sont en contraction. Moi, je ne me rends pas compte que c'est ça qu'ils nous disent à chaque fois. Pis le personnel de l'hôpital aussi, il mentionne que les Blanches quand elles accouchent, c'est le drame. Mais une Autochtone, quand elle accouche, on ne l'entend pas. Il y a un médecin à Havre St-Pierre qui a dit qu'elle aimait mieux accoucher des femmes autochtones parce qu'on ne les entendait pas, comparer aux Blanches » (E4).

La participante déplore le fait que le corps médical ne semble pas tenir compte de l'état des femmes innues :

« Des fois, ils ne nous proposent pas de calmants, c'est comme si on n'avait pas de douleurs. Des fois je me demande : "Vont-ils nous proposer des calmants?" On n'est pas faites en bois! » (E4).

Une participante parle de la barrière de la langue et une autre, à l'aide de son interprète, du fait qu'elle ait été seule pour accoucher :

« Moi, je parlais français déjà, mais pour les mesdames qui ne parlaient pas français, c'était vraiment... Elles ne parlaient pas du tout. Elles ne comprenaient rien. [...] la communication, je vous dis, c'était un gros problème, une barrière » (E1).

« Elle dit qu'elle était toute seule pour accoucher. Elle est restée une semaine. Elle dit que ça s'est bien passé, il y avait des infirmières, des religieuses dans ce temps-là à l'hôpital » (E5).

La perte de pouvoir décisionnel entourant les naissances s'est ainsi lentement installée. En plus de perdre la reconnaissance sociale due à l'exercice de la pratique de sage-femme, les mères et les pères ont aussi perdu une forme de pouvoir, parfois même jusqu'au choix du prénom du bébé. Des participantes rapportent comment

les décisions ont été prises par d'autres. Une participante raconte :

« Et vous, est-ce que vous avez aidé d'autres femmes à accoucher? *Non. Peut-être que si on ne m'avait pas (presque) obligé à accoucher dans les hôpitaux. Peut-être que je l'aurais appris plus tard. Parce que ma sœur, elle avait beaucoup d'expérience* » (E1).

Une autre femme affirme, avec l'aide de son interprète, que seul le médecin prenait les décisions pour les femmes enceintes :

« *Elle n'a jamais pu assister [à un accouchement]. C'est le médecin qui envoyait les femmes à l'hôpital pour accoucher. Il y avait juste un médecin qui voyait une femme accoucher. Et une religieuse. Les religieuses étaient à l'hôpital quand elles accouchaient* » (E2).

Une participante raconte comment le choix du prénom de son enfant lui a été imposé :

« *Comme ma fille (prénom 2), je voulais l'appeler absolument (prénom 1) parce que j'avais une amie qui s'appelait comme ça. Pis j'ai fait une petite hémorragie, mais pas une grosse hémorragie parce que j'avais juste besoin de repos. Ce que ma sœur m'avait recommandé : "Repose-toi un peu." Puis c'est ça que j'ai fait. Je n'ai pas pu aller au baptême de ma fille. C'est mon conjoint qui est allé, puis le parrain et la marraine. Quand il a ramené mon bébé, j'ai dit : "(prénom 1) est baptisée?" Il a dit : "Non, le curé a décidé de changer de nom pis de l'appeler (prénom 2), elle ne pouvait pas s'appeler (prénom 1)." J'étais déçue, je n'étais pas de bonne humeur* » (E1).

Jusqu'ici, les récits recueillis permettent de comprendre que la perte progressive d'influence des sages-femmes dépasse le simple fait qu'il n'y ait pas eu de relève pour assurer la transmission de leurs connaissances et de leurs pratiques. L'imposition d'une vision biomédicale des grossesses incarnée par la délocalisation des accouchements dans les hôpitaux est en effet venue supplanter le poids de ces savoir-faire et, de manière concomitante, précipiter la perte graduelle de contrôle que les femmes enceintes pouvaient exercer sur leur accouchement. Le témoignage des femmes atikamekw consultées permet justement d'approfondir les conditions géographiques ayant précipité cette perte de pouvoir.

## La transformation du lien au territoire des femmes atikamekw

Selon l'analyse des récits de vie, pour la plupart des femmes atikamekw ayant vécu une partie de leur vie de manière ancestrale, le passage à la vie en communauté à partir de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle n'a d'abord que peu modifié les stratégies d'accompagnement des femmes enceintes. C'est plutôt de manière progressive que le passage des accouchements du territoire à la communauté, et encore plus significativement lorsque les femmes ont dû quitter leur communauté pour aller accoucher en milieu hospitalier que s'est modifié le système d'entraide entre les femmes

et indirectement, leur ancrage territorial.

## Le passage graduel des accouchements en territoire à la communauté, puis à l'hôpital

Alors que presque toutes les femmes rencontrées sont nées sur le territoire, « L'île là-bas. C'est là où je suis née, d'après ce qu'on m'a dit. Ils appellent cet endroit *Kosapatcikan nimictikw* ("Île de la tente tremblante") » (O4), une des femmes interrogées a accouché de ses trois enfants dans la communauté. C'était dans les années 1970, à l'époque où les femmes atikamekw se faisaient dire par les infirmières de ne plus partir en territoire lorsqu'elles étaient enceintes afin d'accoucher dans la communauté. Il s'agit d'un premier tournant annonçant l'instauration systématique des transferts vers les hôpitaux. Une des femmes atikamekw raconte :

« *Trois fois à Opitciwan. Je ne sais pas pourquoi, mais on nous a dit de ne plus partir [dans le bois]. Je ne sais pas pourquoi. Je l'ai accepté et j'ai accouché à Opitciwan. [...] À cette époque, les gens commençaient à se faire dire d'aller donner naissance à l'hôpital* » (O6).

Pour certaines, l'époque de la sédentarisation en communauté a aussi entraîné une transformation sur le plan de l'entraide familiale et communautaire. La même femme se souvient d'une femme décédée de ses multiples grossesses et qui s'occupait seule de ses enfants :

« *Je voyais cette femme, son enfant n'était pas âgé d'un an qu'elle retombait enceinte. Elle était vraiment débordée. On ne l'a pas bien soutenue cette femme. Elle s'occupait seule de ses enfants. Elle est décédée à Joliette. Lorsqu'elle est arrivée à l'hôpital, on lui a dit qu'ils ne pouvaient plus rien faire pour elle. Son enfant avait un an. J'avais vraiment pitié de cette femme* » (O6).

Elle ajoute :

« *On nous avait rassemblées, nous, les femmes... Après le décès de cette femme. Pour nous en parler. Elle n'a pas eu de contraception pour éviter de tomber enceinte. C'est vrai que, c'est utile. On nous avait rassemblées [...] pour qu'on puisse prendre la chose qui nous empêche d'être enceintes. J'en ai tout de même pris pendant deux ans de ce médicament. Cette femme a vraiment été malchanceuse. Kitimakisiw ("elle a fait beaucoup pitié"). Personne ne s'en est occupé* » (O6).

Des femmes interrogées racontent la transition des accouchements vers l'hôpital :

« *T'est-il arrivé d'assister à un accouchement auparavant? Une fois seulement. J'ai vu ma mère, mais elle avait accouché à Opitciwan. [...] Quand toi tu as eu tes enfants, tu es allée à l'hôpital? Oui* » (O2).

« *Puisque nous étions quatorze enfants. Avec le temps, elle [sa mère] a commencé à se rendre à l'hôpital. Et toi, étais-tu la première? [La] cinquième. Et tu es née dans le bois? Oui, c'est ça* » (O2).



« Moi, je n'ai pas accouché dans le bois, j'ai accouché en ville. La dernière fois que j'ai vu une femme accoucher à Opitciwan, c'est ma grand-mère qui a aidé ma sœur à accoucher. Ma mère a aussi aidé à l'accouchement (de ma sœur) » (O1).

« Moi, j'ai accouché en ville et je suis restée longtemps à attendre avant d'accoucher (un mois). J'étais tannée parce que je n'étais pas bien. Je ne parlais pas bien français et j'ai attendu longtemps avant d'avoir mon premier enfant. J'ai souffert longtemps, toute la nuit, parce que l'on ne me disait pas quoi faire » (O1).

Au début des accouchements à l'hôpital, aucun transport médical n'était organisé pour amener les femmes sur le point d'accoucher. Au fil du temps, le transport en train vers La Tuque ou Senneterre impliquant un parcours préalable en canot a fini par être offert ainsi que l'hydravion vers Joliette (Dagenais, 1982), mais cela s'avérait être une organisation difficile à prévoir pour un accouchement. Il est donc arrivé qu'au lieu d'accoucher en milieu hospitalier, ces femmes accouchent en communauté ou en territoire, c'est-à-dire en chemin pour se rendre à l'hôpital. À cette époque, les sages-femmes d'expérience étaient encore en vie et continuaient de prêter assistance.

« J'ai accouché de mon premier garçon qui se nomme (prénom). On m'a amené d'Opitciwan pour aller embarquer sur le train afin de me rendre à l'hôpital de La Tuque. Sauf que je n'y suis pas arrivée à temps. Nous sommes partis trop tard. À mi-chemin, nous nous sommes arrêtés pour dormir dans une pointe et c'est à cet endroit que j'ai donné naissance [...]. Une grand-mère [...], celle qui nous a accompagnées, savait probablement que j'étais sur le point d'accoucher. Elle reconnaissait les femmes qui étaient à la veille de donner naissance. C'était une sage-femme. C'est donc là que nous sommes restées. Peu après notre arrivée en canot, pendant la nuit, mon travail a commencé. Le matin, il est né. Ma défunte mère l'a attrapé et [...] était là aussi. J'ai pu voir cette sage-femme [...], de son vivant » (O4).

À ce moment, les femmes détenaient encore un certain contrôle sur leur corps et leur accouchement, et certains médecins reconnaissaient leur savoir-faire.

« Une fois, j'ai donné naissance à mon garçon (prénom) ici à Opitciwan. Mon placenta n'est presque pas sorti. J'étais très enflée au ventre. J'étais incapable de me pencher. [...] le médecin se nommait [...]. Je lui ai dit : "Laisse-moi essayer!" Il ne voulait pas, car il craignait que la corde qui était reliée au placenta se détache. Il disait que si cela se produit, c'était fini. Il a remonté mon lit (pour que je sois en position assise). J'ai commencé à tirer moi-même tout doucement. J'ai commencé à sentir quelque chose descendre. Je l'ai fait doucement puis soudainement, mon placenta est sorti! J'avais réussi! [...] Les grands-mères présentes se sont mises à danser. [...] Elles s'écriaient : "Enfin!" Ma tante [...] (décédée) était présente aussi. Le médecin était très content aussi. Les femmes se sont précipitées vers moi pour me donner de l'affection. Elles me disaient : "Oh! Tu as très bien fait d'avoir osé!" » (O5).

C'est cette apparente conciliation entre les savoir-faire des sages-femmes et ceux propres au corps médical incarné par la figure du médecin qui disparaît progressivement à mesure que s'effectue la systématisation des évacuations vers les hôpitaux de La Tuque, Senneterre ou Joliette et plus tard Roberval. Extraites de leur milieu d'origine et donc isolées de leur système d'entraide et d'accompagnement traditionnel, les femmes enceintes sont livrées à la merci d'un personnel soignant dont l'objectif est le traitement des corps dans une totale déconnexion avec le reste des éléments, notamment personnels, spirituels, émotionnels et culturels, qui fondent l'identité des mères autochtones.

## L'arrivée de la médecine biomédicale : entre perte de pouvoir et abus médicaux

Au fil des années, la prise en charge totale des accouchements par le corps médical en milieu hospitalier a fait en sorte que les femmes n'ont plus eu aucun contrôle sur où, comment et avec qui elles accouchaient. À titre d'exemple, lorsque les femmes atikamekw ont été obligées d'aller accoucher à l'hôpital, le choix de celui-ci leur était imposé :

« Sais-tu pourquoi tu as été envoyée à l'hôpital Joliette et non dans un autre hôpital? Non, mais j'aimerais ça le savoir » (O3).

De plus, des pratiques qui avaient toujours eu lieu, comme l'allaitement, étaient dévalorisées par le corps médical :

« On ne m'a pas parlé de l'allaitement » (O1).

Malgré l'absence de soutien, certaines ont perpétué la pratique de l'allaitement :

« Après chaque naissance, j'allaitais. Je ne leur donnais pas la bouteille comme ce que font les jeunes filles d'aujourd'hui. Elles leur donnent la bouteille tout de suite. J'ai allaité longtemps » (O4).

C'est également le cas pour le rituel du placenta. En plus de n'être plus en mesure de disposer de leur placenta, les femmes n'ont plus été informées du traitement réservé à celui-ci et ont été tenues à l'écart de ce processus important pour elles. Une femme raconte :

« Ma mère m'a demandé comment je me sentais devant le fait de ne pas avoir pu ramener mes placentas. Je peux dire que je ne me sentais pas bien. Ça fait partie de moi, ce placenta. Ma mère m'a demandé ce qu'ils (médecins) ont fait avec et j'ai dit que je ne le savais pas. Je me demande où ils l'ont amené, ce qu'ils ont fait avec » (O1).

Une autre femme ajoute :

« Nos placentas, la dernière chose qui sort. Ils ne nous les ont jamais redonnés pour qu'on les ramène. [...] ils les jetaient probablement. Je me demande ce qu'ils pensaient du placenta, ces médecins et infirmières » (O4).

Avant même l'évacuation précoce des femmes enceintes vers les hôpitaux les plus proches, le discours biomédical



était promu au sein même des communautés où ces femmes ont peu à peu été sédentarisées. Et pour cause. Tandis que plusieurs familles atikamekw ont continué à fabriquer leur médecine traditionnelle, la présence des infirmières au lieu de rassemblement d'été et l'accès facile aux médicaments qu'elles distribuaient ont amené certains à délaisser leurs savoir-faire et à utiliser la médecine biomédicale.

« Jusqu'à ce qu'il y ait des infirmières [dans la communauté]. C'est donc là que je pense qu'ils l'ont eu facile. C'est moi qui pense qu'ils ont accepté les médicaments. Je me rappelle qu'on m'envoyait aller chercher quelque chose qu'on devait se l'étendre sur soi-même, vers la poitrine. Ma mère me disait d'aller en chercher. On me donnait un bol et les infirmières m'en versaient là-dedans. Le sirop aussi. Il fallait que j'aille en chercher. Je crois qu'ils commençaient à bien s'en servir de ces sirops, et je crois que c'est la raison pourquoi ils ont commencé à délaisser la médecine traditionnelle » (O6).

Le pouvoir accordé au corps médical n'a pas seulement dépossédé les femmes atikamekw de tout pouvoir entourant leurs propres accouchements et ceux de leurs proches. Le corps médical s'est accordé des libertés inacceptables telles que des stérilisations imposées, des violences obstétricales par le déclenchement imposé de l'accouchement de plusieurs femmes en même temps et une participation à la disparition d'enfants au sein du système de santé au Québec qui, encore de nos jours, contribue à alimenter la méfiance des Autochtones envers les services de santé publics. Les quatre témoignages suivants illustrent bien ces mauvais traitements :

« Le médecin qui venait en visite ici se nommait Dr. [...]. C'était mon médecin de famille. Nous avons été le rencontrer, mon mari et moi, pour nous annoncer qu'on ne pouvait plus jamais avoir d'enfants. Ligaturée à vie! J'ai été déçue. Mon mari aussi était déçu. Ils nous l'ont dit que six mois après la naissance [...]. Je n'étais même pas au courant d'avoir été ligaturée. Pendant longtemps, nous ne nous sommes pas parlé, mon mari et moi. Nous n'étions plus intéressés l'un à l'autre. De nous aimer » (O3).

« Une fois, nous étions plusieurs femmes enceintes de Manawan et d'Opitciwan à partir. En janvier. Nous étions plusieurs. Nous avons toutes accouché dans la même soirée. Cela m'avait vraiment dérangée. J'étais la première à avoir été déclenchée parce que j'étais à la veille. J'ai accouché la première. C'étaient des déclenchements. [...] Nous n'avons pas bien été traitées quand nous y sommes allées accoucher. [...] Ça fait longtemps que l'on subit de la maltraitance. [...] C'est l'expérience la plus désagréable que j'ai vécue à l'hôpital. D'avoir eu un déclenchement. Je crois que c'est parce que notre séjour était coûteux peut-être » (O6).

« Je me souviens quand mon frère a amené le petit corps. Il pleurait beaucoup. Je me souviens quand mon frère avait ramené son petit frère. [...] a ouvert le cercueil. On voulait voir ce qu'il y avait en dedans parce que nous ne l'avions pas encore vu. Quand [...] l'a ouvert, il n'y avait que du plastique, comme des ballons. [...] J'ai demandé à ma mère quelle était sa date de naissance, je pourrais demander à quelqu'un de faire des recherches. Mais elle ne s'en souvient pas. Elle n'a jamais reçu d'acte de décès. [...] Pour moi, ils l'ont vendu [...]. Je ne crois pas qu'il soit décédé. Je le sens quelque part. [...] Ils ont juste dit à ma mère que mon petit frère était décédé. Mais, quand [...] l'a ouvert... Le cercueil était blanc... enveloppé, très couvert, avec des vis... Ils ne voulaient pas qu'on ouvre le cercueil. Mon père a dit à mon oncle de l'ouvrir. Je suis allée regarder aussi, parce que je voulais voir mon petit frère. Je ne l'avais encore jamais vu. [...] Ma mère a demandé à je ne sais pas à qui... On lui a répondu qu'ils ont fait une autopsie sur le bébé et ils ne savaient pas pourquoi il est décédé. Aujourd'hui, je comprends. Ça ne se peut pas faire une autopsie et qu'ils l'ont coupé en morceau... Nous les avons crus... À l'époque, nous pensions que c'était sûrement cela une autopsie. Aujourd'hui, on comprend mieux » (O3).

« Quand j'entends les femmes, les grands-mères parler... Il y en a vraiment eu beaucoup. Quand les femmes allaient accoucher... Quand elles les piquaient, puis cachaient les bébés en disant aux mères, ton bébé est malade. Je me suis souvenu de cela quand les histoires [de découvertes de tombes anonymes d'enfants autochtones] sont survenues. Les souvenirs, celle de [prénom] avec ses jumeaux ou jumelles. Je me demande où sont passés ses enfants. Elle disait qu'elle avait entendu les bébés pleurer... Elle disait : "Il pleure... où est-il ?" On lui a vraiment fait subir une horrible chose » (O6).

Outre la question du traitement différencié à la défaveur des mères autochtones, les femmes atikamekw rencontrées ont donc fait mention de l'exercice d'actes chirurgicaux effectués sans leur consentement, tels que la ligature des trompes visant leur stérilisation, et allant à l'encontre du respect primordial des droits de la personne, dont celui au consentement. La perte de pouvoir des femmes ne concerne pas uniquement leur propre corps, mais également leur responsabilité de mères en regard de leur enfant. À ce propos, les cas de disparition de nouveau-nés<sup>11</sup> semblent avoir été une pratique courante au fil de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Cette pratique, tout autant que l'évacuation précoce des mères vers les hôpitaux régionaux, témoigne du contrôle exercé par les autorités médicales sur le corps des femmes atikamekw et indique donc une perte du pouvoir décisionnel exercé par ces dernières. Cette forme d'objectification du corps des mères correspond chronologiquement à l'imposition de la vision biomédicale des grossesses à partir de la sédentarisation forcée de ces populations.

11 Le 20<sup>e</sup> et le 21<sup>e</sup> appel à la justice du Rapport supplémentaire de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées – Kepek-Québec (ENFFADA, 2019b) font référence aux circonstances entourant la disparition ou le décès de leur enfant après avoir été admis dans un établissement de santé et de services sociaux entre 1950 et 1980, au Québec. La loi 79, en vigueur depuis le mois de septembre 2021, autorise la communication de renseignements personnels aux familles des enfants autochtones. Elle permet de déverrouiller les dossiers médicaux et les archives religieuses. En juillet 2023, des demandes ont été faites pour plus de 156 enfants autochtones

## **Conclusion : La convergence des expériences innues et atikamekw à partir de la délocalisation forcée du lieu d'accouchement**

L'évacuation précoce des femmes enceintes à l'hôpital, l'isolement social de celles-ci au sein de cette institution, la mainmise du personnel médical sur leur expérience de grossesse, ainsi que le traitement différencié de ces femmes allant à l'encontre du respect des droits de la personne les plus fondamentaux et entraînant une crainte systémique en regard des institutions médicales sont autant d'éléments qui vont progressivement caractériser la trajectoire de vie des participantes à la recherche.

Alors que l'imposition d'une vision biomédicale de la santé vient modifier la trajectoire des femmes innues tout autant que celle des femmes atikamekw, ce processus semble avoir été plus graduel dans le cas de ces dernières puisque, selon les témoignages reçus, la pratique des sages-femmes a perduré dans un premier temps, soit lorsque les accouchements se déroulaient en communauté, au début de la sédentarisation. Toutefois, au-delà de cette petite distinction, le parcours des femmes innues et atikamekw converge de sorte que leur perte de pouvoir décisionnel correspond également à une perte d'influence des sages-femmes qui, traditionnellement, étaient au cœur du système d'entraide destiné à accompagner les grossesses de concert avec la famille élargie des femmes enceintes.

Il existe donc une forte corrélation entre cette double délocalisation des accouchements – du territoire à la communauté et de la communauté à l'hôpital – et la perte de pouvoir des femmes sur leur destinée. En revanche, si la sédentarisation de ces populations a facilité l'imposition d'une vision biomédicale des accouchements centrée sur le recours aux hôpitaux, elle n'a pas complètement érodé le rapport de filiation traditionnellement entretenu par ces femmes envers leur territoire d'origine. C'est précisément sur ce point que misent les stratégies de revitalisation des pratiques de leadership et de gouvernance envisagées par les participantes à la présente recherche dans l'optique de consolider le lien au territoire des enfants qui naissent dorénavant en ville.



# **SECTION 5**

**Assurer le leadership des femmes  
dans la consolidation du lien au territoire**



# Assurer le leadership des femmes dans la consolidation du lien au territoire

La section suivante s'intéresse aux aspects qui, pour les participantes, pourraient faire l'objet d'une reprise de pouvoir par les femmes innues et atikamekw. En dépit des tentatives visant à limiter leur capacité d'action dans le domaine de la santé, le présent projet a démontré l'actualité de leurs compétences en la matière et sur laquelle nous reviendrons dans un premier temps. En amorçant une discussion sur ces sujets, les femmes rencontrées ont ensuite été en mesure de proposer des pratiques visant à assurer leur leadership dans l'optique de consolider le lien au territoire des enfants et, plus globalement, des personnes nées en ville.

## L'actualité du rôle des femmes

Qu'elles aient été amenées à travailler dans le milieu hospitalier ou qu'elles aient été confrontées à un évènement aussi majeur que la pandémie mondiale de COVID-19, les participantes ont démontré toute la pertinence des savoirs dont elles disposent encore aujourd'hui.

## Chez les participantes innues

Avant l'exercice du contrôle religieux et médical, le domaine de la grossesse et de l'accouchement représentait une sphère dans laquelle les femmes innues détenaient le plein contrôle. Les connaissances étaient certes partagées avec les hommes, car en territoire, chacun devait être en mesure de savoir ce qu'il fallait faire en cas de nécessité, mais ce sont les femmes qui assuraient le leadership du processus des naissances. Aujourd'hui, tout ce qui entoure la grossesse et les naissances est sans aucun doute un domaine où les femmes autochtones peuvent revendiquer une réappropriation de leur pouvoir. Deux participantes racontent leur contribution respective au domaine médical :

« J'ai travaillé 20 ans à l'hôpital. De 1991, j'ai fait du remplacement deux ans de temps parce qu'il n'y avait pas d'interprète à l'hôpital. Pis, par la suite, j'ai appliqué pour le poste. Puis j'ai travaillé de 1993 jusqu'en 2009 » (E1).

« C'est moi qui interprétais quand il arrivait une patiente, de Natashkuan, la Romaine, Mingan, puis je travaillais avec une religieuse. Le médecin venait me trouver, puis la religieuse n'était pas contente [elle disait] "Hey! J'ai besoin d'elle, c'est toujours toi qui l'as en bas!". Tout en innu c'est moi qui faisais son histoire de cas. Les médecins font des histoires de cas à l'admission. [Ils demandent] : "Qu'est-ce qu'elle a? Pourquoi elle vient à l'hôpital? Quelle difficulté elle va avoir?" Toutes les choses... C'est moi qui écrivais son document d'admission, que je déposais sur le bureau de la religieuse, après elle voyait la madame,

*c'est moi qui interprétais, qui disais à la madame ce qui avait été présenté au docteur. J'ai travaillé beaucoup dans les premiers temps. J'étais la seule qui avait fait un cours comme ça. Pendant les quatre ans, j'ai travaillé, puis je ne faisais quasiment rien que ça, interpréter, aller recevoir les gens, les assister quand les vieux mouraient » (N3).*

Il en va de même pour les savoirs et pratiques en médecine traditionnelle liée à l'accouchement et, plus globalement, pour la santé de la population en général. Certaines participantes parlent des compétences de leur entourage sur le sujet, dont une, à l'aide de son interprète :

« Ma sœur, c'était une femme médecin, une vraie gynécologue, très expérimentée. Elle a soigné des hommes, des enfants, des bébés, c'était vraiment comme la femme médecin de la communauté. C'est elle qui soignait tous les gens malades. [...] Ma mère aussi, elle faisait des plantes médicinales. D'ailleurs elle m'a déjà soigné à deux reprises avec des plantes médicinales, avec des parties d'animaux. Elle était bonne là-dedans » (E1).

« Elle dit que quand elles allaient dans le bois avant, pour se soigner, quand ils étaient malades. Eux autres, avant, ils n'avaient aucun médicament. Ils ne partaient jamais avec des médicaments. C'est eux autres qui se procuraient ce dont ils avaient besoin pour se soigner là-bas. Médication, médecine traditionnelle. [...] Elle voulait mentionner ça. Quand quelqu'un était malade, elle s'organisait pour trouver des plantes pour soigner la personne » (E3).

C'est également en matière de survie des savoirs liés à la médecine traditionnelle que les compétences des femmes atikamekw rencontrées se sont distinguées.

## Chez les participantes atikamekw

Les informations recueillies auprès des femmes atikamekw montrent que leur lien au territoire est toujours très ancré. Elles ont conservé un large éventail de connaissances en lien avec les ressources naturelles. Si elles ne peuvent se rendre elles-mêmes en territoire, elles demandent à des personnes plus jeunes (femmes ou hommes) d'aller chercher les ressources dont elles ont besoin, par exemple, pour préparer la médecine traditionnelle. Leurs connaissances dans ce domaine sont toujours bien vivantes et d'actualité. Par exemple, une femme a expliqué avoir préparé des traitements afin de prévenir les infections durant la pandémie de COVID-19 :

« Ceci, c'est du cèdre. Je le mélange avec du maskominatikw (plante de l'ours). Ils en ont fait beaucoup durant la COVID » (O3).



« Si on utilise celui-ci et le maskominanatikw/wakanakanic. La couleur verte. Ce qui a été fait pendant la COVID. [...] Je suis allée voir ma tante [...] dans le bois et j'ai remarqué qu'il y a d'autres couleurs [rites]. C'est elle qui m'enseigne aussi. Le cèdre, je le garde pour moi. C'est très difficile d'en trouver par ici » (O3).

« Ma fille venait de savoir que son collègue a été testé positif (à la COVID), ce qui la mettait à risque. On lui a dit de s'isoler. Elle était rendue à Alma et moi à la maison. J'ai paniqué puisque nous nous sommes côtoyées. J'ai demandé des plantes. En 24 heures, j'en ai pris 3 sortes. [...] Mes sœurs m'avaient amené de la médecine et me disaient de mélanger avec les autres. J'étais rendue avec trois plantes » (O3).

Le contexte de pandémie de la COVID-19 est un exemple de situation où la confiance envers la médecine traditionnelle s'est exprimée<sup>12</sup>, et ce, pour toutes les générations :

« Durant la COVID, mon garçon commençait à faire de la médecine. Il est venu me voir et m'a dit de mettre 50 \$ de gaz dans le camion. Il m'a dit : "Tu viens avec moi. Nous allons partir avec mon père, mon grand-père et ma grand-mère." Il nous a amenés proche de Chibougamau. C'est là qu'il y en avait [du cèdre]. Ici, il n'y en a pas. Peut-être en canot, au bord du lac. Mais celui-ci je le garde précieusement » (O3).

La maîtrise de ces savoirs touchant la médecine traditionnelle peut être ponctuelle, comme l'a démontré la mobilisation en temps de pandémie, mais ne se limite pas à ce type d'évènement. Au contraire, ces savoirs semblent habiter le quotidien des femmes dans leur relation au territoire.

« C'est ce que j'ai pu expérimenter aussi. J'aime beaucoup tout cela, la forêt. Même l'écorce, j'en ramasse. Lorsque je vois qu'elle commence à dépasser (tombant de l'arbre), c'est là que je sais qu'elle est prête, qu'elle est bien épaisse (en parlant de l'écorce) » (O4).

Au-delà de l'actualité de ce type de savoirs, les aînées rencontrées ont tout de même fait part des pertes que les dernières générations ont subies en regard de la maîtrise des savoirs traditionnels associés à la santé et concomitants à un affaiblissement du lien au territoire. À partir de ce constat, il a été possible d'amorcer une réflexion sur les pratiques nécessaires à la revitalisation du leadership et de la gouvernance des femmes innues et atikamekw dans l'optique de consolider leur lien au territoire.

## La consolidation du lien au territoire en quelques pratiques

Les deux prochaines sous-sections apportent des éléments de réponses à la troisième question de recherche : quelles sont les pratiques et les dispositions prises pour consolider le lien des enfants au territoire depuis que les accouchements se font en ville? Cette question a

permis de faire ressortir plusieurs grands thèmes pouvant potentiellement permettre aux générations de tout âge de consolider leur lien avec leur territoire.

## La revitalisation des pratiques de leadership et de gouvernance des femmes innues

Les témoignages recueillis montrent que le lien au territoire ne s'est pas perdu au cours des dernières décennies, mais qu'il s'est plutôt transformé. Bon nombre de femmes innues et leur famille ont toujours continué à fréquenter le Nitassinan et à y pratiquer la chasse, la pêche, la cueillette et d'autres activités traditionnelles. Les moments passés en territoire sont désormais moins longs, la tente traditionnelle a été échangée pour le chalet, mais le lien au territoire en tant que source identitaire autochtone n'a jamais été complètement rompu. Selon les femmes aînées interrogées dans le cadre de la présente recherche, plusieurs actions peuvent permettre de consolider le lien au territoire des femmes et aussi des jeunes filles, par exemple en continuant à fréquenter les lieux significatifs, en transmettant les savoirs entourant la médecine traditionnelle ou encore en valorisant le savoir-faire entourant la grossesse et l'accouchement ainsi qu'en favorisant le retour de la pratique de sage-femme dans la communauté.

### 1. Faire connaître les lieux significatifs aux jeunes générations

Les jeunes devraient tous avoir l'opportunité de se rendre sur les lieux auxquels sont rattachés des évènements significatifs de la vie de leurs ancêtres et de leur parenté contemporaine. Ces séjours en territoire<sup>13</sup> devraient se faire avec la famille élargie, incluant, lorsque leur santé le permet, les aînées. Ce serait aussi l'occasion de faire connaître le nom traditionnel associé à ces lieux, de transmettre des connaissances médicinales et de raconter des histoires reliées à ces sites ainsi que des mythes entourant les naissances. Des participantes, dont la première à l'aide de son interprète, racontent des souvenirs liés à leur territoire d'origine :

« C'est un territoire où elle [la participante] aime bien aller. Ça s'appelle Nukuashkanit (là où il y a une sépulture). Il s'est passé bien des affaires là-bas. [...] C'est un territoire de sa famille, quand elle y allait c'est avec les enfants, sa famille, ses frères » (E3).

Pitapeu (nom d'un lieu de naissance), c'était la médecine qu'utilisait ma grand-mère, elle en mettait sur ses mains quand elle avait des ampoules. Ce sont les perches qui donnaient des ampoules dans les mains de ma grand-mère. C'est un courant qui est fort et il fallait ramer très fort pour arriver à destination. Ma grand-mère, c'est ce qu'elle m'a raconté. C'est un passage sur la vie de nos

<sup>12</sup> Pour une réflexion plus approfondie sur le sujet, voir : Asselin (2020). Les savoirs autochtones pourraient-ils nous aider à affronter les prochaines pandémies? The Conversation (6 avril). <https://theconversation.com/les-savoirs-autochtones-pourraient-ils-nous-aider-a-affronter-les-prochaines-pandemies-135022>

<sup>13</sup> Pour une meilleure compréhension des bienfaits des marches organisées sur les territoires traditionnels, voir Labra et al. (2023).

ancêtres qui n'était pas facile. Même dans les périodes où il mouillait beaucoup, il fallait arriver à destination quand c'était une question d'accouchement » (N1).

Une autre participante rapporte, avec l'aide de son interprète, avec tristesse, le manque de reconnaissance envers le territoire traditionnel familial :

« Tantôt, vous parliez d'un endroit sur le territoire qui sera inondé bientôt. [...] C'est à la rivière Romaine. À peu près 200 km de plus. Dans le km 130 et plus, le territoire est là. Votre territoire familial? Oui, du côté de ma mère et mon père. C'est à cause du barrage que l'eau monte? Oui. [...] Ça a pas été annoncé publiquement, mais il y a une personne qui l'avait annoncé sur Facebook. Je ne sais pas pour quelle raison, il n'y a pas eu de cérémonie pour dire un dernier au revoir. C'est ça que j'aurais aimé qu'on fasse. De faire une offrande de tabac peut-être ou... une autre sorte de cérémonie. [...] Parce que pour nos jeunes, ils vont dire : "Vous avez donné l'autorisation de tout détruire le territoire sur la rivière Romaine?" Mais non, ce n'est pas ça. Même si on avait dit non, le barrage il serait là pareil » (E4).

Malgré tout, plusieurs autres lieux sont toujours fréquentés, respectés et hautement significatifs. À titre d'exemple, un lieu près de Nutashkuan est appelé *Kukum nassiu* assi qui signifie « Terre des *kukum* ». Les gens s'y rendent pour commémorer la mémoire des personnes y ayant vécu et qui y sont décédées. Puisque ces lieux sont dotés d'une connotation spirituelle, voire religieuse, certaines personnes se font un devoir de les entretenir dans une perspective commémorative. Des participantes parlent de ces lieux avec éloquence :

« C'est sûr qu'on a beaucoup de respect pour nos territoires c'est pour ça que maintenant, la « montagne bleue », où a installé un lieu pour se rassembler, un lieu religieux. C'est pour ça qu'on fait des rassemblements pour commémorer le temps où nos ancêtres passaient par là quand ils montaient et descendaient dans les territoires. On y voit toute la mer, les territoires et on peut admirer la beauté de la nature. Comment ça se prononce en innu, la montagne bleue? *Pemetatauaka*, qui se traduit par "de là où on voit les pentes" » (N2).

« Même cette année, il y en a d'autres qui sont partis, ils sont partis faire des prières. Il y a deux endroits. Il y a là où les enfants sont enterrés, à l'est, et la grand-mère, elle est plus à l'ouest. Mais ce sont deux endroits différents, mais c'est quand même des lieux où les gens vont prier. Ce qui est arrivé aux enfants, c'est qu'ils avaient faim. La grand-mère, elle était malade. Mais ce ne sont pas des endroits qui sont loin l'un de l'autre. Ce sont des lieux connus par les membres de la communauté. Même cet hiver, il y a des hommes qui sont allés prier, qui sont allés sur les lieux pour voir si c'était correct ou pas. Comme l'année passée, ils ont changé la croix. C'est quand même bien préparé, ils en prennent soin » (E2).

« Oui, elle est née en forêt, mais ma mère vient de Mingan. Un village où ils ont grandi là-bas, puis mon

père vient des familles des Bellefleur de la Romaine. Les Innus venaient se rassembler à tous les étés à Musquaro<sup>14</sup>. C'est là qu'il y avait des mariages entre les familles. Des familles de Mingan venaient se rencontrer, puis là ils se mariaient, puis c'est là que ma mère, elle est venue habiter à Nutashkuan » (N3).

Au-delà de la portée symbolique et mémorielle propre aux lieux caractéristiques de la présence innue sur le territoire, la revitalisation des pratiques de gouvernance des femmes passe également par une revalorisation de leur rôle en matière d'accompagnement des grossesses et des accouchements.

## 2. Valoriser la pratique de sage-femme

Plusieurs aînées rencontrées ont mis de l'avant l'idée de réintroduire la pratique des sages-femmes dans leur communauté. Revaloriser le rôle des sages-femmes contribuerait à reconstituer leur rôle d'accompagnante au sein de la communauté et permettrait ainsi s'émanciper du cadre formel propre au milieu hospitalier. Une première femme mentionne, avec l'aide de son interprète :

« Elle dit que oui ça serait bien que les femmes puissent accoucher à la maison. Mais aujourd'hui, on n'a plus de femmes qui accouchent les femmes enceintes. [...] elle dit que ce serait bien, mais qu'il faudrait des personnes compétentes pour ça, des sages-femmes » (E3).

D'autres participantes ajoutent :

« Ce serait très bien que l'on puisse reprendre nos traditions, qu'on montre aux femmes comment c'était autrefois, les difficultés; les femmes n'avaient pas de difficulté à accoucher, à part pendant l'hiver. Qu'il existe un programme pour instruire, pour donner une formation à nos femmes innues ou de n'importe quelle nation, pour qu'elles puissent devenir des sages-femmes et qu'elles fassent revivre les traditions » (N1).

« Oui, oui. Si tu sais que tu vas accoucher naturellement, d'avance, oui, ce serait quelque chose de très [bien]. Parce que si tu accouches dans une salle d'opération, ce n'est pas la même chose que d'accoucher avec une bonne musique puis que tu es chez vous » (E4).

« Moi, je pense que ça s'en vient, des sages-femmes, je commence à en entendre des fois parler. Moi, j'aurais aimé ça accoucher chez nous à la maison, peut-être probablement au dispensaire dans la communauté pour pouvoir rester plus avec mes enfants. » (N2).

Une des participantes ajoute, en parlant du centre de santé de sa communauté dont le nom est *Tshukuminu Kanani* et qui veut dire « Notre grand-mère Caroline » (elle était sage-femme) en langue innue :

« Il y avait le nouveau centre de santé qui a été construit à Nutashkuan. Puis dans le nouveau centre, on m'a dit qu'il va y avoir un programme pour les sages-femmes. Mais il n'y en avait pas, je pensais que j'allais m'inscrire

14 Son nom en langue innue est *Mashkuanu-sipu*, qui peut signifier « la rivière de la queue de l'ours ». Il s'agit d'une rivière à saumon très productive de la Côte-Nord.

et j'étais très emballée de suivre cette formation-là. Deux kukum (grands-mères) [...] ont été nommées pour enseigner le programme, mais je ne l'ai jamais vu se concrétiser. J'aurais aimé suivre cette formation-là. Après ça, ça n'a jamais eu lieu et les deux kukum sont décédées. Il n'y a personne présentement pour faire les sages-femmes. Qu'est-ce qu'on va devenir s'il n'y a pas de sages-femmes dans les communautés? » (N1).

La revitalisation de cette pratique s'accompagnerait nécessairement d'un volet portant sur les plantes médicinales et autres traitements. Tout un bagage de connaissances pourrait ainsi être réactualisé, en prenant exemple sur la « pharmacie innue » qui existe déjà dans une des communautés participant à la recherche. Deux participantes expriment leurs pensées sur l'usage des plantes par les Innues :

« Ce serait bien certain qu'on conserve ça, à la manière qu'on vivait là-bas. Comment les femmes étaient traitées après l'accouchement puis c'est ça, comment on prenait soin du bébé. J'aimerais ça qu'on conserve ça. Ce n'était pas facile quand les gens vivaient dans le bois. C'était vraiment dur quand je pense à ça. [...] ils prenaient les moyens pour [...] bien nettoyer la maman, bien nettoyer le bébé. [...] Les Blancs [eux] ils désinfectent tout. Eux autres [les Innus], c'était de faire bouillir de l'eau et laver avec l'eau bouillie puis avec le sapin, tous les médicaments innus qu'ils prenaient. Moi je trouve ça très admirable » (N3).

« Les trois mesdames qui étaient assises autour de moi, c'est ça qu'elles m'ont dit : "Le placenta pour que ça ne colle pas". C'est pour ça qu'on fait lever la madame. En même temps, on pousse ici dans le dos, sur le ventre pour faire décoller le placenta. [...] c'est là qu'ils mettaient les serviettes mouillées avec le médicament [...]. C'est là qu'ils m'ont dit : "C'est pour faire décoller le placenta". Mais quel médicament? Je ne m'en souviens pas. Je ne me suis même pas renseignée. J'étais comme les autres, j'étais jeune, je me disais : "Maintenant, on est dans la modernité, on a plus besoin de ça". C'est aujourd'hui que je m'en rends compte. Il fallait absolument conserver ça » (N3).

Au-delà de la pratique de la médecine traditionnelle visant l'accompagnement des femmes enceintes, certains moments clés du cycle de la vie ont été cités par plusieurs femmes comme autant d'occasions de célébration du lien au territoire.

### 3. Célébrer les naissances et sépultures en territoire

Certaines femmes ont mentionné qu'elles aimeraient être enterrées sur le territoire où elles sont nées, comme d'autres femmes avant elles. Trois femmes expriment les souhaits entourant le lieu de sépulture ainsi que le récit d'une femme bien connue :

« Moi personnellement, j'en ai parlé à mon conjoint quand il était vivant. J'aurais aimé être enterrée sur le territoire où je suis née. C'est là que j'aimerais renaître » (N1).

« La madame, celle qui est décédée, c'est sa famille qui l'a enterré là-bas. La grand-mère, elle disait qu'elle ne voulait pas qu'on ramène son corps à Mingan. Elle voulait qu'on l'enterre là-bas dans le lieu parce qu'elle disait que le créateur est là dans nutshimit (le bois). C'est pour ça qu'elle n'est pas enterrée à Mingan. Ils ont fait sa croix. Ses chapelets sont encore là, avec de l'eau bénite » (E2).

« C'est une vieille madame qui est morte dans le bois. Elle ne voulait pas qu'on la ramène. Elle voulait rester dans le territoire là-bas. C'était sa demande » (E4).

Ces citations montrent à quel point le lien au territoire est profond pour les personnes qui y sont nées. À cet égard, la question de l'attribution d'un nom autochtone à la naissance semble indiquer une nécessaire connexion au territoire. Il faut dire que de plus en plus de parents choisissent désormais de donner un nom dans leur langue autochtone plutôt que d'attribuer un nom en français ou en anglais à leur enfant. À l'époque où les naissances avaient lieu en territoire, ce nom était souvent lié au lieu de naissance. L'attribution d'un nom associé au territoire familial est une autre pratique permettant de consolider le lien au territoire des jeunes générations. Une participante explique l'origine de son prénom Nata et de son nom de famille Nuna qui veut dire « terre » en inuktitut.

« J'ai aussi un nom en Innu. Ma mère ne m'a jamais appelé par mon nom en français. [...] Ma mère m'appelait toujours Nata. Les quatre premières lettres de Natashkuan parce que je suis native de Nutashkuan. Pis mon père, son nom de famille c'était Nuna parce qu'il venait du Nunavut. Alors c'est pour ça » (E1).

Une autre participante raconte comment le nom pouvait être attribué en attendant la cérémonie du baptême religieux.

« D'après elle, le nom choisi, c'était par la personne, une personne âgée mâle qui faisait un genre de baptême pour bébé. Puis c'est lui qui donnait le nom du bébé. Dans le cas de son frère, c'est le monsieur, c'est lui la personne âgée qui donnait le nom du bébé de la mère. C'est lui qui faisait le rituel du baptême parce que par après, c'est le prêtre qui baptisait. Pour donner un nom, c'est lui le monsieur qui le faisait, qui arrosait l'enfant et qui donnait le nom » (E3).

Du reste, la réactualisation des naissances en territoire serait assurément l'une des façons les plus significatives de consolider le lien des jeunes générations au territoire.

### 4. Réintroduire les cérémonies spirituelles

La question des naissances et des enterrements sur le territoire appelle une nécessaire réflexion sur les éventuelles cérémonies spirituelles qui permettraient de revitaliser le leadership des femmes innues en vue d'une consolidation de leur lien au territoire. Toutefois, la portée cérémonielle de ce type de pratique est délicate à traiter. De nos jours, en effet, de plus en plus de cérémonies spirituelles autochtones sont revitalisées. Chez les Innus de la Côte-Nord, les entrevues réalisées ne permettent



pas d'affirmer que les familles, avant la sédentarisation en communauté, pratiquaient des cérémonies au sens spirituel du terme. La seule cérémonie en territoire dont il a été fait mention concerne le baptême qu'un membre de la famille pratiquait, à l'image du baptême catholique (religion à laquelle plusieurs aînées ont adhéré). C'est la même situation avec le placenta : il était brûlé ou enterré, mais une seule participante a soulevé la connotation sacrée entourant ce geste. Plusieurs femmes n'étaient pas certaines de ce que la sage-femme avait fait avec leur placenta. Quatre femmes racontent leur expérience et la dernière femme, à l'aide de son interprète, affirme ne pas se souvenir des pratiques de l'époque :

« Est-ce que vous avez déjà vu des rituels être faits quand le bébé arrive ou est-ce qu'il y avait une forme de cérémonie qui avait lieu? *Non, on se fait seulement à la prière, il n'y avait pas de rituel spécial. Il y avait seulement la prière chrétienne, catholique. Le seul rituel, c'est peut-être le baptême quand le prêtre venait baptiser l'enfant. Ou sinon quand le prêtre était absent, il tardait à venir. C'est une des kukum (grands-mères) qui prenait l'eau et qui baptisait l'enfant* » (N4).

« *La sage-femme, quand l'enfant était né, elle étendait le placenta sur une surface pour regarder comme il faut l'état du placenta. Même le docteur regardait le placenta. Puis avec son assistante, une autre kukum, elle le montrait pour regarder s'il n'y a pas d'anomalie. Après ça, quand que le placenta avait été vérifié par les deux personnes, elle le mettait dans un tissu et le faisait brûler dans le poêle à bois* » (N1).

« *C'est son frère qui était né. Il s'appelait (prénom). La grand-mère, elle avait de l'eau bénite. Avant de baptiser, elle a mis de l'eau bénite sur son front pour dire comment on allait l'appeler l'enfant. Puis ils ont fait une prière. La grand-mère qui a béni son petit frère a décidé de l'appeler (prénom) parce que son garçon qui venait de décéder s'appelait ainsi* » (E2).

« *Dans le territoire, mon père avait le rôle de verser de l'eau pour baptiser le bébé et donner un nom au bébé* » (N2).

« *Non, elle n'a jamais vu un rituel d'enfants, comme ils font aujourd'hui. Et le placenta? Non. Est-ce qu'ils le brûlaient? Non, elle ne s'en souvient pas* » (E5).

Les cérémonies actuellement revitalisées sont, comme le montre la littérature, souvent inspirées par les cultures d'autres peuples autochtones. Encore une fois, il s'agit de pratiques vivantes qui se transforment et s'actualisent dans le temps. Même si la présente recherche ne permet pas de montrer la présence de cérémonies spirituelles entourant la naissance, la tenue de « nouvelles » cérémonies en territoire pourrait assurément devenir une façon de consolider le lien au territoire des jeunes générations.

## La revitalisation des pratiques de leadership et de gouvernance des femmes atikamekw

Comme mentionné, les femmes atikamekw ont continué à entretenir un lien étroit avec le territoire. Or, l'occupation du territoire semble intimement connectée à la forte utilisation de la langue atikamekw, à la continuité de la fabrication artisanale de médecines traditionnelles et d'objets pour nouveau-nés ainsi que d'une récente revitalisation des cérémonies traditionnelles se déroulant en territoire. Ces savoirs et ces pratiques, au sein desquels le rôle des sages-femmes occupait une place centrale, sont donc des aspects permettant de consolider le lien au territoire pour les jeunes générations.

### 1. Favoriser le retour des sages-femmes

La plupart des femmes atikamekw rencontrées en entrevue ont expliqué avoir de l'intérêt pour la profession de sage-femme. La dynamique d'entraide qui était déployée autour de cette pratique est encore très valorisée par les femmes. Ce serait également pour elles une façon d'assurer la sécurité des mères qui n'ont pas le temps de se déplacer et qui accouchent dans la communauté. Trois participantes racontent :

« *Moi, j'entends souvent dire que les femmes s'entraidaient lors de leurs grossesses* » (O1).

« *Il m'arrive de garder son bébé pendant 15 jours pour l'aider. L'autre [...], ça ne fait pas longtemps qu'elle a accouché. Son bébé a un an. J'ai assisté à l'accouchement aussi. [...] ça me rend tellement heureuse de les voir naître! Je les reconforte beaucoup durant leur travail parce qu'elles souffrent. Même si elles reçoivent l'épidurale, elles souffrent autant. Je leur dis, il n'en reste pas long! Attends encore, on y est presque!* » (O3).

« *Quelle est ton opinion, si l'on réenseignait aux femmes à être sages-femmes? Oui, cela serait bon. Il y en a qui ne se présentent pas toujours à l'hôpital. Quand l'accouchement arrive soudainement. Elles pourraient donc aller les aider. Aider le bébé à naître* » (O4).

L'accès à des sages-femmes issues de la communauté contribuerait assurément à rétablir un système d'entraide entre les femmes. Les sages-femmes d'autrefois étaient des femmes reconnues pour leurs compétences. Bien que les aînées rencontrées en entrevue soient favorables au retour des sages-femmes, certaines se demandent si la jeune génération pourrait être aussi compétente que les sages-femmes qu'elles ont connues ou les femmes, aussi fortes pour accoucher à la maison. Trois femmes expriment leurs souhaits à propos du travail de sage-femme :

« *Comment verrais-tu le retour de sage-femme... De ramener leur rôle à attraper, accoucher (prendre le bébé qui sort de sa mère) les bébés qui naissent. Moi, j'aimerais ça. J'aimerais ça exercer ce rôle. J'aimerais qu'on me l'apprenne, que quelqu'un me dise comment faire* » (O2).

« Je pense aussi que les femmes ne sont pas aussi fortes qu'avant pour pratiquer des accouchements. Autrefois, elles étaient très fortes et c'est pour ça qu'elles ont réussi à accoucher (entre elles) » (01).

« J'ai vu plusieurs accouchements. J'ai 15 petits-enfants. Mes filles, ma belle-fille, et mon autre belle-fille. J'ai assisté à leurs accouchements. [...] J'ai trouvé ça réjouissant de les voir accoucher. Je pense que je pratiquerais l'accouchement en tant que sage-femme. Puisque j'en ai déjà vu plusieurs » (03).

## 2. Utiliser les savoirs traditionnels pour fabriquer objets et médecines

La fabrication d'objets traditionnels pour les jeunes enfants comme le *tikinakan* (porte-bébé) implique de connaître l'essence d'arbre nécessaire, l'endroit sur le territoire où s'en procurer, à quelle période de l'année aller faire le prélèvement, etc. Comme pour la médecine traditionnelle, ces gestes impliquent un ensemble de connaissances en lien avec les ressources du territoire. Une participante parle du *tikinakan* de cette façon :

« Le *tikinakan*, c'est pour l'aider à se renforcer. Ce n'est pas pour rien la planche (de bois). C'est pour ça qu'on le met debout, afin que l'enfant devienne plus fort. Quand tu l'amènes dans le bois avec toi, ton enfant te voit, il voit ce que tu fais » (01).

C'est aussi toute une façon de concevoir les soins aux enfants qui s'exprime à travers ces objets, comme pour le *wepison* (hamac) par lequel les parents peuvent rester en contact avec l'enfant toute la nuit.

« La nuit, je m'assurais que la corde (bout de corde attaché au hamac) se rende jusqu'à mon lit. Si je l'entendais pleurer la nuit, je tirais sur la corde (pour le bercer) » (05).

« Quand j'étais jeune, c'est ce que j'ai toujours vu faire. Les bébés dans leur porte-bébé (sans planche de bois) *misaspison*, dans un hamac, *wepison* pour les endormir » (02).



Figure 6. *Misaspison*. Photo de Josiane Awashish, 2023

Parallèlement, plusieurs connaissances médicinales entourant l'accouchement sont toujours détenues et gagneraient à être transmises aux plus jeunes, des grands-mères aux filles et aux petites-filles. Une des participantes parle des plantes pour femmes enceintes :

« La plante de l'ours, *maskominanatikw*, aide à renforcer le système. On pouvait en boire, même avant d'accoucher. L'autre plante, c'est pour aider la femme qui perd beaucoup de sang. Je ne sais pas comment le dire en français, ça ressemble à un arbre qui a de longues racines. [...] Mon père est allé chercher une plante dans le bois appelée *mictekw*. [...] Elle m'a aidé à guérir. Aujourd'hui, on ne connaît pas ça » (01).

Elle ajoute :

« Quand je parle des plantes, on peut enlever l'écorce et on utilise seulement la partie verte. Les femmes se couvraient (le ventre) avec ça dans le temps, pour que les femmes soient fortes. Une fois, j'ai apporté une plante à ma mère et elle m'a dit que ça guérit les pierres au foie. Il y a une autre plante *atocipi* qui aide l'enfant qui a des plaies. [...] Moi, on ne m'a jamais informée ou montré ces enseignements » (01).

Que ce soit pour les soins entourant la grossesse ou autres, la capacité de fabriquer soi-même des médicaments à partir des ressources du territoire est une source de fierté. Deux participantes racontent leur expérience :

« Par rapport à ma grand-mère, avec elle, j'apprends beaucoup de connaissances. Elle m'a montré tout plein de choses. J'apprends encore aujourd'hui. J'ai été avec [...] et j'en apprend avec elle... Les médicaments, dans le bois. Je crois en cela. Je crois beaucoup aux médicaments *atikamekw*. C'est ma tradition » (03).

« C'est vrai que c'était bon d'utiliser des choses pour se guérir. Pour une femme. De prendre des plantes médicinales après un accouchement » (06).

Une autre participante évoque la posologie à adopter pour avoir l'énergie nécessaire à l'accouchement :

« Moi, je dis que la femme qui est rendue à sept mois, elle devrait (en boire). Moi, quand je prends du *maskominanatikw*, j'en bois pendant une semaine... J'arrête deux semaines... une demi-tasse le matin, une demi-tasse le soir. Après, j'arrête. Il ne faut pas trop en prendre. Moi, je pense que c'est-ce qu'elle devrait faire pour qu'elles ne tombent pas malades à l'accouchement. Aujourd'hui, elles prennent l'épidurale. Elles n'ont plus mal » (03).

Parce que ces connaissances sont toujours largement détenues par les femmes, elles en sont les gardiennes de sorte qu'elles occupent la plupart du temps le rôle de responsables de la santé et du bien-être des membres de leur famille. Ce faisant, cette sphère permet aux femmes *atikamekw* d'exercer un leadership familial et communautaire qui consacre la confiance suscitée par la médecine traditionnelle.

### 3. Participer à des cérémonies

Les cérémonies traditionnelles liées à l'accouchement et au nouveau-né sont également intimement liées à la fréquentation du territoire. Leur perpétuation permet d'expérimenter l'interconnexion avec les éléments environnants et de vivre son identité, une expérience chère aux peuples autochtones et particulièrement aux femmes atikamekw. Une participante parle du retour de certaines cérémonies :

« Autrefois, ils plantaient [enterraient] le placenta, il y a assurément des arbres qui ont poussé par-dessus » (O1).

« Aujourd'hui, les cérémonies reviennent. Celle des Premiers Pas, celle du nouveau-né, les baptêmes (octroi d'un nom traditionnel) » (O1).

« Quand c'était un garçon, on le mettait au-dessus du teweikan (tambour) et on lui disait ce qu'il pourrait faire (plus tard). On le place dans la direction de l'est (wabanok), ensuite du sud (cawonok). On le déplace ensuite dans l'autre direction, l'ouest (nakapehonirowew) et ensuite vers le nord (kiwetin). Quand on a terminé, on le prend et on le soulève (c'est le "parrain" qui fait ça). Il lui dit qu'il va l'aider. On fait, un tour dans toutes les directions » (O1).

Une autre participante raconte son enthousiasme face au retour de la pratique de la disposition adéquate du placenta dans sa famille :

« J'ai été contente de l'avoir vue [sa fille] ramener son placenta. Elle l'avait bien emmailloté. C'est ce que je disais aussi plutôt, je me suis demandé où est le mien. Je me demande ce que mes enfants en pensent. Le placenta. Aujourd'hui, j'en entends de plus en plus parler. Des personnes qui veulent les ramener » (O2).

Plusieurs extraits présentés dans cette section démontrent l'importance de parler la langue atikamekw qui, comme toutes les langues autochtones, est intimement liée au territoire. Les femmes atikamekw rencontrées se sont d'ailleurs principalement exprimées dans leur langue durant les entrevues. Celle-ci est toujours fortement utilisée et constitue une expression de la continuité du lien au territoire. Bien qu'aucune participante n'ait directement cité la langue comme un moyen de consolider le lien au territoire avec les jeunes générations, un thème qui n'était d'ailleurs pas inclus dans la grille des questions d'entrevue, cet aspect culturel soulève un puissant enjeu quant à sa transmission, notamment parce que sa portée n'est pas purement linguistique, mais doit être pensée en lien avec la fréquentation du territoire.

### Conclusion : Des stratégies de revitalisation en fonction de chaque contexte

En dépit des outils mis en œuvre afin de les priver du contrôle qu'elles ont pu exercer sur leur destinée et spécifiquement sur leur corps, à l'image de l'hospitalisation imposée à partir de la sédentarisation de leur communauté ou, plus globalement, de l'imposition du modèle biomédical de la santé, les femmes ont contribué à sauvegarder les savoirs traditionnels visant leur bien-être. Loin d'être passives, elles se sont plutôt faites les gardiennes de ces savoirs directement en lien avec leur fréquentation du territoire. C'est pourquoi renforcer le lien au territoire des nouvelles générations passe nécessairement par la valorisation de leur leadership en ce qui a trait au cycle de la vie, de la naissance aux décès en passant par les accouchements.

Parce que la trajectoire historique des femmes innues et atikamekw diffère quelque peu, comme nous l'avons vu, les stratégies de revitalisation de leur leadership doivent être articulées autour de leurs spécificités. Autrement dit, chaque stratégie doit servir à accroître le poids de ces femmes dans la gouvernance de leur communauté en fonction de leurs propres héritages. Chez les femmes innues, le poids du fait religieux semble plus présent que chez les femmes atikamekw, ce dont témoigne la délicate question des cérémonies préconisées et d'inspiration catholique. C'est du moins ce qu'indique la mention par les femmes innues des célébrations sur le territoire de certaines étapes de la vie comme le baptême, alors que les femmes atikamekw conçoivent plus facilement une réintroduction d'anciennes cérémonies notamment liées à la gestion du placenta des femmes ayant accouché ou encore à la cérémonie des premiers pas. Dans un cas comme dans l'autre, la charge symbolique incarnée par la fréquentation du territoire sera différente, mais bien réelle.

En parallèle, les témoignages de ces femmes convergent unanimement vers deux types de stratégies qui sont interreliées, car elles forment les deux faces d'une même réalité. D'abord, tant les femmes innues qu'atikamekw ont cité le retour des sages-femmes en communauté comme un prérequis essentiel à la revitalisation de leur leadership. Ensuite, favoriser la transmission des savoirs propres à la médecine traditionnelle ainsi que la fabrication d'objets tels que le *tikinakan* permettrait de structurer leur pratique. Ainsi, la réintroduction des sages-femmes et la valorisation de leurs connaissances traditionnelles permettraient de célébrer le territoire tout en utilisant ses ressources. Dans cette association se trouve la clé du renforcement du lien identitaire au territoire par les femmes innues et atikamekw de leur famille, de leur communauté, jusqu'aux enfants nés en ville.





# Conclusion

Une analyse transversale des témoignages

# Conclusion générale, une analyse transversale des témoignages

Au-delà des différences conjoncturelles qui distinguent le parcours des femmes innues et atikamekw rencontrées, les témoignages de ces femmes convergent autour de nombreux éléments historiques. Parce que cette recherche tentait de comprendre la consolidation du lien au territoire au travers des thèmes de la grossesse et de l'accouchement, la présente analyse transversale s'articule autour des différents lieux qui balisent les mutations des pratiques d'accompagnement des femmes enceintes, du territoire à la communauté, de la communauté à l'hôpital.

## Sur le territoire

La question du lien au territoire compris à travers la question des grossesses et des accouchements s'exprime de différentes façons. Ce projet a d'abord démontré que **le territoire est perçu comme un espace d'identification**, c'est-à-dire que l'expérience de vie en territoire, à commencer par la naissance, est vue comme une profonde source de fierté qui ancre et renforce durablement, soit tout au long de leur vie, l'identité des personnes consultées et celle de leur entourage.

**Le territoire est également vécu comme un espace de transmission des savoirs.** L'expérience de vie « dans le bois » est décrite par les participantes comme une occasion d'apprentissage des savoirs traditionnels destinés à assurer le bien-être physique et mental par la familiarisation avec les ressources naturelles, fauniques comme végétales. Cette utilisation des ressources permet de mettre à profit les connaissances destinées, dans le cadre de la présente recherche, à soutenir les femmes enceintes tout au long de leur grossesse, de leur accouchement et de leur relevailles, mais aussi à contrôler les naissances. Sur ce point, Basile (2017) souligne que les travaux de l'historien Claude Gélinas ont posé l'hypothèse suivante : « (il) mentionne que les femmes atikamekw auraient pu planifier les naissances selon le mode de vie nomade de l'époque entre 1851 et 1865. En effet, les naissances étaient plus nombreuses dans les mois d'avril et d'octobre, deux moments de l'année qui précèdent le départ vers les territoires de chasses et le retour vers les campements d'été. Certaines plantes étaient peut-être mises à contribution pour cette planification des naissances » (Basile, 2017, p. 186). Ce dernier point, touchant la contraception, ne peut être pensé en dehors de la question des grossesses avec laquelle il forme un ensemble de pratiques destinées au contrôle de la fécondité. Mentionnée par certaines participantes au projet, la question de la contraception trouve un écho dans le travail de la chercheuse Kim Anderson pour qui :

L'histoire des femmes autochtones démontre que la planification familiale était une responsabilité féminine qui intégrait des connaissances sur les systèmes de santé sexuelle et reproductive. La planification familiale « traditionnelle » tenait compte de la situation économique de la communauté, des préoccupations sociales et de santé ainsi que de l'harmonie avec l'environnement (Anderson, 2003, p. 178, traduction libre).

La transmission des connaissances traditionnelles portant sur la santé reproductive à partir de l'expérience « dans le bois » implique donc une compréhension intégrant les dimensions économique (dimension absente du rapport), sociale, culturelle, spirituelle et environnementale qui caractérisent la nation. En somme, les savoirs traditionnels destinés à la fécondité traduisent une vision holistique du rapport au monde.

Les expériences innues et atikamekw décrites dans la présente recherche indiquent également que **le territoire est un espace d'entraide**. Autrement dit, la survie sur le territoire repose sur un système d'entraide structuré autour de la famille élargie. La coopération multigénérationnelle autour d'événements aussi majeurs que les naissances en est un exemple. Dans ce système d'entraide, les femmes innues et atikamekw positionnent **l'expertise des sages-femmes sur le territoire** au centre des stratégies de soutien et d'accompagnement lors des grossesses. Conséquemment, le rôle des sages-femmes est essentiel à la transmission des savoir-faire liés à la grossesse. De plus, il témoigne de la souveraineté exercée par les femmes au sein des sociétés traditionnelles, du moins jusqu'à la colonisation :

Les femmes autochtones de l'Amérique du Nord pré-européenne jouissaient d'un pouvoir, d'un statut social, d'un respect et d'une influence considérables. Elles étaient traitées avec révérence, en tant que donneuses de vie. Elles étaient considérées comme les gardiennes de la tradition, des pratiques et des coutumes, et comme les décideuses dans les domaines de la famille, des droits de propriété et de l'éducation (Shahram, 2017, p. 14, traduction libre).

Le pouvoir détenu par les femmes autochtones, alors qu'il s'exprime dans la gestion de multiples domaines de la vie interne du groupe auquel elles appartiennent (Charest, 2021), s'incarne de manière emblématique dans tout ce qui a trait au rapport au corps (Anderson, 2003). Le rôle des aînées dans l'éducation ne touche pas seulement l'accompagnement des grossesses, mais également la gestion des contraceptifs naturels, voire des avortements



lorsque la vie de la mère ou de l'enfant est en danger (Anderson, 2003). Or, cette expertise et ce rôle décisionnel, en un mot, le leadership de ces femmes, sont intimement liés à l'expérience du territoire qui ne se résume pas qu'à un espace d'identification culturelle. Parce que le territoire est le site d'apprentissage et de transmission des savoirs traditionnels, sa fréquentation joue un rôle central dans l'exercice du leadership des femmes autochtones. C'est précisément sur ce point que le processus de colonisation a causé de l'interférence en entraînant une diminution du pouvoir détenu par les femmes en raison d'une double délocalisation géographique.

D'une part, la sédentarisation des femmes en réserve et la fréquentation de l'école par leurs enfants ont graduellement limité leurs déplacements sur le territoire, créant ainsi une rupture dans la transmission des savoirs traditionnels. Dans le cas des femmes atikamekw, les responsabilités des mères envers leurs enfants expliquent le phénomène suivant :

La création des écoles dans les communautés atikamekw a aussi contribué à empêcher les femmes d'aller en forêt aussi souvent qu'avant puisqu'elles doivent rester dans la communauté avec les enfants (Société d'histoire atikamekw – Nehirowisiw Kitci Atisokan, 2014). Par ailleurs, le fait que les enfants fréquentent l'école leur laisse moins de temps pour aller en forêt, ce qui a modifié leur lien au territoire (Landry et al., 2020) (Basile et al., 2022, p. 11).

D'autre part, cette première délocalisation forcée a ouvert la voie à l'imposition du modèle biomédical dans la gestion des grossesses. Cela a entraîné une mainmise du personnel médical (infirmières et médecins) et de l'Église (prêtres et religieuses) sur le corps des femmes enceintes ainsi qu'une rupture, par l'évacuation forcée vers les hôpitaux, des réseaux d'entraide et d'accompagnement qui structuraient jusque-là le leadership des femmes, sages-femmes en tête. Ces deux étapes, la sédentarisation en communauté, puis l'évacuation systémique vers les hôpitaux, constituent une autre similitude de l'expérience racontée par les femmes innues et atikamekw rencontrées.

## En communauté

Le processus de sédentarisation constitue une entreprise de contrôle du corps et de l'esprit des personnes par des acteurs extérieurs ignorants des modes de fonctionnement ancestraux des sociétés autochtones. L'instauration de dispensaires en réserve destinés à la santé déclinante des populations sédentarisées, et gérés par des infirmières, repose sur l'idée qu'il faut prendre en charge la santé de personnes au mépris des savoirs traditionnels qui, jusque-là, structuraient les soins. **La mainmise du personnel médical sur ces questions a été facilitée par la limitation progressive de la fréquentation du territoire jusque-là source l'apprentissage et de transmission des savoirs**

**traditionnels destinés à la santé.** Conséquemment, les femmes se retrouvent coupées des moyens qui leur permettaient jusque-là d'assurer leur autonomie, tant sur le plan des ressources que de l'apprentissage des savoirs traditionnels. Il en résulte une dépossession de leur leadership, particulièrement visible dans le cas des femmes enceintes. De plus, les enfants issus des familles refusant la sédentarisation et qui continuent à fréquenter assidument le territoire sont envoyés dans les pensionnats indiens, par exemple au pensionnat de Maliotenam dans le cas des familles innues et de celui de St-Marc-de-Figuery, et plus tard celui de Pointe-Bleue dans les cas des familles atikamekw (Ottawa, 2013; Bousquet et Hele, 2019), car ils ne fréquentent pas les écoles de jours implantées dans les réserves nouvellement créées (Charest, 2021). Ce type de scolarisation, parce qu'elle soustrait de force les enfants à leur milieu, opère une rupture dans la transmission des savoirs traditionnels liés au déplacement sur le territoire (Basile, 2017) et notamment destinés à la santé. Par conséquent, **le rôle de la scolarisation est double puisqu'il est autant lié à la fréquentation des écoles de jours en communauté qu'à l'envoi des enfants à l'extérieur de celle-ci en pensionnat indien.** Ces deux types de stratégies découlant du processus de colonisation se soldent par le même résultat, à savoir **une interruption forcée de la transmission des savoirs traditionnels en raison de la limitation des déplacements des familles sur le territoire.**

Toutefois, cette cassure n'invisibilise pas immédiatement les savoirs maîtrisés par les femmes. En effet, dans les premiers temps de la sédentarisation, les femmes enceintes ne sont pas complètement isolées de leur système d'entraide, comme en témoigne la présence des sages-femmes en communauté. C'est plutôt l'érosion du rôle des sages-femmes, dont l'expertise est discréditée par le personnel médical implanté en communauté, qui crée les conditions propices à l'imposition du modèle biomédical de la santé. De ce fait, **si les savoirs traditionnels de ces femmes n'ont été que peu transmis, ce n'est pas seulement en raison de la limitation de la fréquentation du territoire, et encore moins par manque de relève. Ce manque de transmission est plutôt attribuable à une campagne de survalorisation du rôle du corps médical au détriment des savoirs ancestraux pratiqués depuis des millénaires.**

La transition d'une vision traditionnelle à une vision biomédicale de la santé s'est effectuée graduellement et traduit un déplacement de la responsabilité quant à la gestion de la santé des personnes autochtones. Alors que l'on note une cohabitation des deux modèles, plusieurs facteurs précipitent l'obsolescence – désirée par le personnel soignant allochtone – du modèle traditionnel. La rhétorique du risque associé aux accouchements en milieux isolés justifie ensuite l'évacuation précoce des mères en vue de leur accouchement. Parallèlement, le personnel infirmier présent en communauté consolide progressivement son contrôle sur le corps des femmes



enceintes dont il estime avoir la responsabilité de sorte que les infirmières s'approprient le leadership dans la question du contrôle des corps. En réalité, ce type de contrôle permis par l'imposition d'une vision monolithique de la santé est caractéristique de la situation de nombreuses femmes autochtones dans le monde, comme en témoigne l'exemple maori :

Ces discours et savoirs dominants ne sont ni neutres ni impartiaux; ils s'inscrivent plutôt dans un cadre monoculturel de soins maternels qui n'a pas su prendre en compte adéquatement les maternités maories ou autochtones (Simmonds, 2017, p. 115, traduction libre).

Ce n'est pas seulement l'imposition d'une vision biomédicale qui vient saper les fondements de l'autorité des sages-femmes, mais également la diffusion insidieuse d'un discours aux fondements religieux dont il était déjà question au début des années 1980 dans le Bilan de santé des communautés dressé par le docteur Dagenais dans un rapport présenté au Conseil Atikamekw Montagnais (Dagenais, 1982). Le cas des femmes innues illustre particulièrement bien cette situation. Que ce soit au sein de l'hôpital Jean-Eudes de Havre-Saint-Pierre vers lequel elles étaient évacuées et où les infirmières en présence étaient en réalité des religieuses (Dagenais, 1982) ou au sein même du dispensaire d'Ekuanitshit géré par une infirmière reconnue pour « l'endoctrinement religieux » auquel elle s'adonnait (*ibid.* p. 237), **l'omniprésence du discours religieux a probablement contribué à nourrir davantage l'invisibilité des savoirs traditionnels détenus par les sages-femmes, et plus globalement par les femmes innues.**

Face à cette invisibilisation, la perpétuation du tabou entourant les naissances auprès des jeunes générations, et spécifiquement des enfants, semble également avoir créé un terrain favorable à l'imposition d'une vision médicalisée de cette étape de la vie. Les infirmières exerçant au sein du dispensaire des communautés d'Ekuanitshit et de Nutashkuan ont vraisemblablement joué un rôle moteur dans cette dynamique, spécifiquement parce qu'elles ont permis de diffuser une rhétorique du risque associé à l'accouchement auprès des jeunes générations parallèlement à un discrédit des méthodes traditionnelles dont les sages-femmes sont les gardiennes. **La pudeur quant à la transmission des savoirs touchant les grossesses par les femmes autochtones doit donc être mise en lien avec la diffusion du discours religieux en communauté et au sein duquel le rapport au corps constitue un tabou, autant de facteurs qui alimentent le manque d'informations des jeunes générations.** L'importance du fait religieux est d'ailleurs manifeste dans la question de la contraception. Apparente en filigrane des témoignages reçus dans le cadre de la présente recherche, cette question semble également être une constante dans la trajectoire des femmes autochtones en général :

L'Église était sans aucun doute le plus grand obstacle à la pratique du contrôle traditionnel des naissances [...] la morale chrétienne est un paradigme médical occidental qui confiait la naissance, la grossesse et la santé sexuelle et reproductive des femmes au médecin mâle (Anderson, 2003, p. 181, traduction libre).

La question de la contraception révèle plus largement les impacts de la colonisation au sein de laquelle la sédentarisation est une pièce maîtresse. Pour certains, la sédentarisation a contribué à l'accroissement démographique des populations autochtones en améliorant leurs conditions de santé générale (Charest, 2021). Pourtant, les témoignages recueillis dans le cadre de la présente recherche qui parlent des expériences des femmes lorsqu'elles étaient en âge de procréer, de concert avec les conclusions du rapport préparé pour le CAM (1982), montrent une volonté de contrôler, voire limiter, l'accès aux méthodes contraceptives, ce qui a nécessairement alimenté l'accroissement du taux de natalité, sans pour autant améliorer les conditions de santé des personnes concernées. Cette limitation de la contraception résultant de la diffusion des tabous propres au discours religieux doit aussi être comprise dans la perspective du placement forcé des enfants dans les pensionnats indiens, par exemple ceux de Malietenam et de St-Marc-de-Figuery. En effet :

Les pensionnats ont introduit à la fois la répression sexuelle et les abus sexuels auprès des innombrables enfants autochtones qui les ont fréquentés. Le christianisme a condamné la compréhension traditionnelle de la sexualité comme élément naturel de la vie et a introduit la dichotomie entre la vierge et la putain comme seules options pour la sexualité des femmes. Qu'en retiennent nos jeunes d'aujourd'hui? (Anderson, 2003, p. 181, traduction libre).

Ainsi, **la cohabitation du discours religieux alimentant les tabous autour du rapport au corps et de la vision biomédicale de la santé**, une cohabitation favorisée par le processus de sédentarisation, a de manière concomitante contribué à couper l'accès des jeunes générations aux savoirs traditionnellement détenus par les sages-femmes et associés à la naissance, une rupture encore plus flagrante à partir de l'obligation d'aller accoucher dans les hôpitaux.

## À l'hôpital

Dans le cas des femmes innues comme atikamekw, les infirmières surveillantes, en charge notamment au début des années 1980 (Dagenais, 1982), ont vraisemblablement tout mis en œuvre afin de limiter les possibilités d'accouchement en communauté, préférant l'évacuation des femmes enceintes vers les hôpitaux régionaux. Il s'agissait de ceux de Roberval, La Tuque, voire Joliette dans le cas d'Opitciwan, et de celui de Havre-Saint-Pierre

pour les femmes issues d'Ekuanitshit et de Nutashkuan. Cette politique d'évacuation vers les hôpitaux s'effectuait de manière précoce, soit à la 32<sup>e</sup> semaine de grossesse (8<sup>e</sup> mois). **En refusant d'effectuer un suivi des grossesses et en diffusant activement la rhétorique du risque associé aux accouchements en communauté, les infirmières chargées des dispensaires de ces communautés ont joué un rôle de premier plan dans la généralisation de ce type de pratiques médicales qualifiable d'hospitalocentrisme** (Desrosiers, 1999; Gaumer et Desrosiers, 2004). Or, ce que tous les témoignages d'accouchement démontrent, c'est le peu de marge de manœuvre dont on dispose pour négocier son expérience d'accouchement en milieu hospitalier :

[...] les risques biomédicaux de l'accouchement ont été systématiquement privilégiés par le système de santé et les décideurs politiques au détriment de la réduction des risques sociaux (Olson, 2017, p. 108, traduction libre).

**La politique d'évacuation obligatoire soulève de multiples enjeux, à commencer par ceux liés au confort physique et psychologique des femmes enceintes durant le transport, ainsi que sur le plan des communications avec le personnel soignant de l'hôpital vers lequel elles étaient évacuées.** Ce déplacement, effectué en avion, en train ou en bateau selon les témoignages des participantes aux projets, opère une rupture dans le processus visant à donner naissance à l'enfant alors que pourtant :

Donner naissance à un bébé est un parcours chargé d'émotions. Les femmes qui accouchent ont besoin de soutien et d'amour pendant l'accouchement, mais aussi pendant la période qui précède et la période qui suit l'accouchement. [...] La solitude et l'isolement sont les thèmes qui reviennent le plus souvent dans les récits des femmes qui décrivent leur expérience en tant que futures mères (Cidro et al., 2017, p. 82, traduction libre).

L'isolement social et culturel des femmes une fois évacuées vers l'hôpital a été décrié par les femmes rencontrées. D'abord, parce que bien souvent elles étaient seules, le mari ne pouvant pas accompagner sa conjointe, et encore moins cohabiter avec elle, à moins de prendre en charge les frais induits par son déplacement et son logement en foyer d'accueil. La littérature portant sur le sujet nous apprend que ce type de situation est généralisable à la situation des femmes autochtones qui, même si elles sont issues de divers horizons culturels, et non pas seulement innus et atikamekw, mais pouvant par exemple être maoris, se sont vues **privées de leur liberté de choix quant à l'accompagnement qu'elles désiraient**. En réalité, « le fait de confiner l'accouchement à l'hôpital constitue un puissant message politique qui peut limiter comment, quand et où les femmes accouchent, et qui peut définir qui peut être impliqué dans l'accouchement » (Simmonds, 2017, p. 113-114, traduction libre).

Sur place, de l'avis des participantes, le traitement même des femmes laissait à désirer. Ce point est confirmé par le rapport du CAM (1982) qui souligne les plaintes suivantes :

Il n'est pas rare d'avoir à coucher à deux dans le même lit, même si on ne se connaît pas; les draps ne sont pas toujours changés, il manque régulièrement de savon, de serviettes et de papier toilette; les repas sont souvent incomplets et le service laisse à désirer; enfin, la direction et le personnel de ces foyers ne sont pas Amérindiens et ne parlent ni l'Attikamek, ni le Montagnais (Dagenais, 1982, p. 112).

Outre **le traitement différencié des femmes autochtones en comparaison des femmes allochtones, la question de la barrière linguistique est majeure, car elle maintient les femmes dans une incompréhension liée à leur manque d'information emblématique de la dépossession de leur leadership concernant le contrôle de leur corps et des interventions médicales effectuées sur celui-ci**. Le rapport du CAM (Dagenais, 1982) résume la politique hospitalière oppressive en vigueur du temps du témoignage des femmes rencontrées en concluant de la manière suivante :

La barrière de la langue et de culture ne fait qu'aggraver les relations déjà tendues. Faute d'y mettre le temps et les compétences pour l'accueil, l'escorte, la traduction; les services hors réserve sont caractérisés par beaucoup d'incompréhension, par exemple la gravité et les conséquences de certaines opérations chirurgicales sont incomprises, nous sommes très loin du consentement éclairé (souligné par l'auteurice) (Dagenais, 1982, p. 416).

Une récente étude sur le consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec, à laquelle des femmes atikamekw et innues ont participé en majorité (24 témoignages sur 35), démontre que ce traitement différencié, les barrières linguistiques et les préjugés tenaces envers les femmes autochtones enceintes, vues comme des patientes problématiques (consommation de drogue et d'alcool, demande d'attention supplémentaire) et des mères négligentes (nombre élevé d'enfants, jeune âge et célibat), sont toujours d'actualité : « Souvent, leur état de santé semble être analysé à la lumière de ces préjugés. Fait notable, plusieurs des participantes ont clairement nommé ne pas avoir été traitées comme des êtres humains lors de leur passage à l'hôpital pour accoucher » (Basile et Bouchard, 2022, p. 60).

**Cette perte du contrôle des femmes autochtones sur le traitement de leur corps ouvre donc la voie à un non-respect des droits de la personne les plus fondamentaux**. Par exemple, les témoignages des femmes innues et atikamekw, de même que les résultats du bilan de santé dressé par le CAM (Dagenais, 1982) confirment que la volonté des femmes d'allaiter leur nouveau-né n'a pas été respectée. Cette négation du leadership des femmes peut

également avoir des conséquences tragiques, comme en témoigne la mention par les participantes de la stérilisation forcée par ligature des trompes, ou encore celle de la substitution des enfants aux mères qui, dès lors, perdaient la trace de leur nouveau-né, bien souvent pour toujours. De manière générale, au-delà de la question du pouvoir exercé par les femmes autochtones sur leur propre corps, « le lien entre les mères et les enfants autochtones est menacé depuis plus de cinq générations » (Shahram, 2017, p. 22, traduction libre). La nécessaire reprise de pouvoir des femmes autochtones sur leur santé reproductive devient donc un point de premier ordre dans l'objectif ultime d'un retour à une gouvernance par et pour les peuples autochtones.



# Références

- Altamirano-Jiménez, I. et Kermoal, N. (2016). Introduction: Indigenous women and knowledge. Dans N. Kermoal et I. Altamirano-Jiménez (dir.), *Living on the land: Indigenous women's understanding of place* (p. 3-17). Athabasca University Press. <https://doi.org/10.15215/aupress/9781771990417.01>
- Anderson, K. (2003). Vital signs: Reading colonialism in contemporary adolescent family planning. Dans K. Anderson et B. Lawrence (dir.), *Strong women stories. Native vision and community survival* (p. 173-190). Sumach Press.
- Anderson, K. (2009). Leading by action: Female chiefs and the political landscape. Dans G. G. Valaskakiks, M. Dion Stout et E. Guimond (dir.), *Restoring the balance, First Nations women, community and culture* (p. 99-121). University of Manitoba Press.
- Anderson, K. (2011). *Life stages and Native women. Memory, teachings, and story medicine*. University of Manitoba Press.
- Archibald, J.-A. (2009). Creating an indigenous intellectual movement at Canadian universities: The stories of five First Nations female academics. Dans G. G. Valaskakiks, M. Dion Stout et E. Guimond (dir.), *Restoring the balance, First Nations women, community and culture* (p. 125-146). University of Manitoba Press.
- Arnaud, A. (2014). Féminisme autochtone militant : quel féminisme pour quelle militance? *Nouvelles pratiques sociales*, 27(1), 211-222.
- Asselin, H. (2020). Les savoirs autochtones pourraient-ils nous aider à affronter les prochaines pandémies? *The Conversation*. <https://theconversation.com/les-savoirs-autochtones-pourraient-ils-nous-aider-a-affronter-les-prochaines-pandemies-135022>
- Asselin, H. et Basile, S. (2012). Éthique de la recherche avec les Peuples autochtones : qu'en pensent les principaux intéressés? *Éthique publique*, 14(1), 333-345. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.959>
- Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL). (2014). *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador*. Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/ksbfKhjfcc7hTI>
- Bacon, J. (2018). *Uiesh Quelque part*. 77. Mémoire d'encrier.
- Basile, S. (2017). *Le rôle et la place des femmes Atikamekw dans la gouvernance du territoire et des ressources naturelles* (Thèse de doctorat). Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. <http://depositum.uqat.ca/703/>
- Basile, S., Asselin, H. et Martin, T. (2017). Le territoire comme lieu privilégié de transmission des savoirs et des valeurs des femmes Atikamekw. *Recherches féministes*, 30(1), 61-80. <https://www.erudit.org/fr/revues/rf/2017-v30-n1-rf03181/1040975ar.pdf>
- Basile, S., Asselin, H. et Martin, T. (2022). Perceptions des femmes Atikamekw de leur rôle et de leur place dans la gouvernance du territoire et des ressources naturelles. *Revue d'études autochtones*, 51(2-3), 9-19.
- Basile, S. et Bouchard, P. (2022). *Consentement libre et éclairé et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et des Inuit au Québec. Rapport final*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. <https://files.cssspnql.com/s/oPVHFaKlp8uw5oF>
- Begay, R. C. (2004). Changes in childbirth knowledge. *American Indian Quarterly*, 28(3/4), 550-565. <http://www.jstor.org/stable/4138922>
- Belleville-Chenard, S.-M. (2015). *Femmes autochtones et intersectionnalité : féminisme autochtone et le discours libéral des droits de la personne* (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/13650/Belleville-Chenard\\_Sarah-Maude\\_2015\\_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/13650/Belleville-Chenard_Sarah-Maude_2015_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Bishop, C. A. (1986). Territoriality among northeastern algonquiens. *Anthropologica*, 28(1/2), 37-63. [https://www.jstor.org/stable/25605192#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/25605192#metadata_info_tab_contents)
- Bonnemaison, J. (1981). Voyage autour du territoire. *L'Espace géographique*, 10(4), 249-262. [https://doi.org/https://www.persee.fr/doc/spgeo\\_0046-2497\\_1981\\_num\\_10\\_4\\_3673](https://doi.org/https://www.persee.fr/doc/spgeo_0046-2497_1981_num_10_4_3673)
- Bouchard, S. et Lévesque, M.-C. (2017). *Le peuple rieur. Hommage à mes amis innus*. Lux Éditeurs.
- Bousquet, M.-P. (2016). *Les Anicinabek. Du bois à l'asphalte: Le déracinement des Algonquins du Québec*. Éditions du Quartz.
- Bousquet, M.-P. et Hele, K. S. (2019). *La blessure qui dormait à poings fermés. L'héritage des pensionnats autochtones au Québec*. Recherches amérindiennes au Québec.
- Bousquet, M.-P. et Morissette, A. (2014). Reines, princesses, miss et majorettes. Une construction de la féminité chez les Amérindiens et Amérindiennes du Québec (XX<sup>e</sup>-XXI<sup>e</sup> siècles). Dans G. Havard et F. Laugrand (dir.), *Eros et tabou. Sexualité et genre chez les Amérindiens et les Inuit* (p. 359-407). Septentrion.
- Boyer, Y. (2009). First Nations women's contributions to culture and community through Canadian law. Dans G. G. Valaskakiks, M. Dion Stout et E. Guimond (dir.), *Restoring the balance. First Nations women, community, and culture* (p. 69-96). University of Manitoba Press.
- Brodribb, S. (1984). The traditional roles of Native women in Canada and the impact of colonization. *The Canadian Journal of Native Studies*, 4(1), 85-103.

- Brunschwig, A. (2015). *Perception Atikamekw du phénomène de la grossesse adolescente. Analyse basée sur les récits de vies de douze femmes et deux hommes Atikamekw vivant à La Tuque (Région de la Mauricie, Qc, Canada)* (Mémoire de maîtrise). Université Lumière Lyon 2]. [http://classiques.uqac.ca/contemporains/Brunschwig\\_Angela/perception\\_Atikamekw/perception\\_Atikamekw\\_grossesse\\_ado.pdf](http://classiques.uqac.ca/contemporains/Brunschwig_Angela/perception_Atikamekw/perception_Atikamekw_grossesse_ado.pdf)
- Bureau des audiences publiques sur l'environnement (BAPE). (2002). *Annexe QC-225 : Carte du territoire traditionnel de Nistasinan; Courriel du ministère des Affaires autochtones et Développement du Nord Canada*. [https://archives.bape.gouv.qc.ca/sections/mandats/LET-hebertville-station/documents/PR5.3.1\\_annexeQC-225.pdf](https://archives.bape.gouv.qc.ca/sections/mandats/LET-hebertville-station/documents/PR5.3.1_annexeQC-225.pdf)
- Charest, P. (2017). De la prise en charge à l'autonomie gouvernementale pour les Innus. Un projet de société réduit face à de nouveaux obstacles. Dans B. Éthier et F.- X. Cyr (dir.), *Les Cahiers du CIÉRA. Projets autochtones : Étude et mise en valeur des aspirations autochtones* (vol. 14, p. 8-32). Centre interuniversitaire d'études et de recherches autochtones (CIÉRA). [https://www.ciera.ulaval.ca/sites/ciera.ulaval.ca/files/cahier\\_du\\_ciera\\_14.pdf](https://www.ciera.ulaval.ca/sites/ciera.ulaval.ca/files/cahier_du_ciera_14.pdf)
- Charest, P. (2021). *Des tentes aux maisons : la sédentarisation des Innus*. Les éditions GID.
- Cidro, J., Dolin, E. et Queskekapow, C. (2017). Bored, broke, and alone. Experiences of pregnant and expectant First Nations mothers birthing in and out of the community. Dans H. Tait Neufeld et J. Cidro (dir.), *Indigenous experiences of pregnancy and birth* (p. 73-90). Demeter Press.
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès (CERP). (2019). *Rapport final*. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès. [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport/Rapport\\_final.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf)
- Conseil de la Nation Atikamekw (CNA). (2022). *Communautés Atikamekw*. Conseil de la Nation Atikamekw. <https://www.atikamekwsipi.com/fr/la-nation-atikamekw/communautes>
- Conseil de la Nation Atikamekw (CNA). (2023). *Carte du Nitaskinan et d'Opitciwan*. Conseil de la Nation Atikamekw.
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada (CRSH, CRSNG et IRSC). (2022). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Conseil de recherches en sciences naturelles et génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada. <https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2022-fr.pdf>
- Coulthard, G. S. (2014). *Red skin, white masks. Rejecting the colonial politics of recognition*. University of Minnesota Press.
- Cree Women of Eeyou Istchee Association (CWEIA). (2018). *Statement on ashtemhaagaanawao experienced by women during birthing*. Cree Women of Eeyou Istchee Association. [https://cweia.ca/images/CERP\\_Birthing\\_issue\\_statement\\_Oct\\_2018\\_Final1.pdf](https://cweia.ca/images/CERP_Birthing_issue_statement_Oct_2018_Final1.pdf)
- d'Arripe, A., Oboeuf, A. et Routier, C. (2014). L'approche inductive : cinq facteurs propices à son émergence. *Approches inductives*, 1(1), 96-124. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1025747ar>
- Dagenais, L. D. (1982). *Étude sur les services de santé des réserves attikameks et montagnaises*. Conseil attikamek Montagnais (CAM).
- Dawson, L. (2017). Birth places, embodied spaces. Tlich pregnancy stories across the generations. Dans H. Tait Neufeld et J. Cidro (dir.), *Indigenous experiences of pregnancy and birth* (p. 144-162). Demeter Press.
- Desbiens, C. (2007). Speaking the land: exploring women's historical geographies in Northern Québec. *Canadian Geographer/Le Géographe canadien*, 51(3), 360-372. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2007.00184.x>
- Desmeules, A. et Guimond, L. (2018). Le territoire « essentiel » et « essentialisé » de la rivière Romaine des Innus d'Ekuanitshit. *Cahiers de géographie du Québec*, 62(176), 297-310. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1063108ar>
- Desrosiers, G. (1999). Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir : Conférence inaugurale du 51e congrès de l'Institut d'histoire de l'Amérique française, octobre 1998. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53(1), 3-18. <https://id.erudit.org/iderudit/005395ar>
- Desrosiers, G. et Gaumer, B. (2004). Réformes et tentatives de réformes du réseau de la santé du Québec contemporain : une histoire tourmentée. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 8-20.
- Di Méo, G. (2002). L'identité : une médiation essentielle du rapport espace/société. *Géocarrefour*, 77(2), 175-184. <https://doi.org/https://doi.org/10.3406/geoca.2002.1569>
- Di Méo, G. (2004). Composantes spatiales, formes et processus géographiques des identités//Spatial components, geographical forms and process of identities. *Annales de géographie*. [https://www.persee.fr/docAsPDF/geo\\_0003-4010\\_2004\\_num\\_113\\_638\\_21628.pdf](https://www.persee.fr/docAsPDF/geo_0003-4010_2004_num_113_638_21628.pdf)
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA). (2019a). *Réclamer notre pouvoir et notre place. Rapport final*. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. <https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-final-volume-1a-1.pdf>
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA). (2019b). *Réclamer notre pouvoir et notre place. Un rapport complémentaire : Kepek – Québec*. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. [https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-compl%C3%A9mentaire\\_Qu%C3%A9bec.pdf](https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-compl%C3%A9mentaire_Qu%C3%A9bec.pdf)

- Éthier, B., Coccoo, C. et Ottawa, G. (2019). Orowewin notcimik itatcihowin: The Atikamekw Nehirowisiw code of practice and the issues involved in its writing. *PER*, 22, 25 pages. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17159/1727-3781/2019/v22i0a7593>
- Éthier, B. et Poirier, S. (2018). Territorialité et territoires de chasse familiaux chez les Atikamekw Nehirowisiwok dans le contexte contemporain. *Anthropologica*, 60, 106-118. <https://utpjournals.press/doi/10.3138/anth.60.1.t11>
- Femmes autochtones du Québec (FAQ). (2012). *Lignes directrices en matière de recherche avec les femmes autochtones*. Femmes autochtones du Québec. [http://www.faq-qnw.org/wp-content/uploads/2016/11/FAQ-2012-Lignes\\_directrices\\_recherche.pdf](http://www.faq-qnw.org/wp-content/uploads/2016/11/FAQ-2012-Lignes_directrices_recherche.pdf)
- Finestone, E. et Stirbys, C. D. (2017). Indigenous birth in Canada. Reconciliation and reproductive justice in the settler state. Dans H. Tait Neufeld et J. Cidro (dir.), *Indigenous experiences of pregnancy and birth* (p. 176-202). Demeter Press.
- Fond des Nations Unies pour la population (FNUPA). (2017). *Santé maternelle et mortalité maternelle des femmes issues des populations autochtones*. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet\\_v20\\_French.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet_v20_French.pdf)
- Friedland, H. (2019). Pour la reconnaissance des traditions juridiques autochtones. *Relations*, (801), 26-29. <https://id.erudit.org/iderudit/90300ac>
- Gaumer, B. et Desrosiers, G. (2004). L'Histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau. *Ruptures : Revue Transdisciplinaire en Santé*, 10(1), 52-70. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=16937282>
- Gélinas, C. (2002). La création des réserves atikamekw en Haute-Mauricie (1895-1950), ou quand l'Indien était vraiment un Indien. *Recherches amérindiennes au Québec*, 32(2), 35-48.
- Gentelet, K., Bissonnette, A. et Rocher, G. (2005). *La sédentarisation : effets et suites chez des Innus et des Atikamekw*. Les Éditions Thémis.
- Gilbert, N. L., Auger, N. et Tjepkema, M. (2015). La mortinaissance et la mortalité infantile dans les communautés autochtones du Québec. *Rapports sur la santé de Statistique Canada*, 26(2), 3-9, article no 82-003-X. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2015002/article/14139-fra.pdf>
- Goulet, D. (2004). Professionnalisation et monopolisation des soins : le Collège des médecins du Québec 1847-1940. *Ruptures : Revue Transdisciplinaire en Santé*, 10(1), 39-51.
- Green, J. (2017). *Making space for indigenous feminism*. Fernwood Publishing.
- Guay, C. et Delisle L'Heureux, C. (2019). Le territoire, source de guérison : récits d'expérience des Innus d'Uashat mak Mani-utenam. *Recherches amérindiennes au Québec*, 49(1), 63-71. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1066761ar>
- Guay, C. et Martin, T. (2012). Libérer les mots : pour une utilisation éthique de l'approche biographique en contexte autochtone. *Éthique publique*, 14(1), 305-331. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.956>
- Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory; pour innover? *Recherches qualitatives*, 26(1), 32-50. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1085397arCopiedAn>
- Hart, M. (2020). *Seeking mino-pimatisiwin: An Aboriginal approach to helping*. Fernwood Publishing.
- Havard, G. et Laugrand, F. (2014). *Éros et tabou. Sexualité et genre chez les Amérindiens et les Inuit*. Les Éditions du Septentrion.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2022). *Population du Québec : important ralentissement de la croissance en 2020, mais une reprise s'amorce en 2021*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/communiquer/population-du-quebec-important-ralentissement-croissance-2020-mais-reprise-en-2021>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023). *Les populations autochtones au Québec*. Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-vecue-en-milieu-autochtone/les-populations-autochtones-au-quebec>
- Jeness, D. (1935). *The Ojibwa Indians of Parry Island, their social and religious life* (Bulletin No. 78). Canada Department of mines, National Museum of Canada. [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2022/rncan-nrcan/NM3-2-78-1935-eng.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2022/rncan-nrcan/NM3-2-78-1935-eng.pdf)
- Jérôme, L. (2008). Faire (re) vivre l'Indien au coeur de l'enfant : Rituels de la première fois chez les Atikamekw Nehirowisiwok. *Recherches amérindiennes au Québec*, 38(2-3), 45-54. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/039793ar>
- Katz, J. S. et Martin, B. R. (1997). What is research collaboration? *Research policy*, 26(1), 1-18. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0048-7333\(96\)00917-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0048-7333(96)00917-1)
- Kermoal, N. (2016). Métis women's environmental knowledge and the recognition of Métis rights. Dans N. Kermoal et I. Altamirano-Jiménez (dir.), *Living on the land. Indigenous women's understanding of place* (p. 107-137). Athabasca University Press. <https://doi.org/10.15215/aupress/9781771990417.01>
- Kermoal, N. et Altamirano-Jiménez, I. (2016). *Living on the land: Indigenous women's understanding of place*. Athabasca University Press.
- Kuokkanen, R. (2019) *Restructuring relations: Indigenous self-determination, governance, and gender*. Oxford University Press.
- Labra, O., Pourcelot, H., Asselin, H., Radu, I. et Basile, S. (2023). Déterminants sociaux et territoriaux de la santé des peuples autochtones au Québec. Dans F. Gagnon, E. Martin et M. – H. Morin (dir.), *Le système de la santé et des services sociaux au Québec. Santé des populations et territorialités* (p. 237-248). Presses de l'Université du Québec.



- Laurendeau, F. (1987). La médicalisation de l'accouchement. Dans F. Saillant et M. O'Neill (dir.), *Accoucher autrement : repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (p. 138-183). Éditions Saint-Martin.
- Lawford, K. (2011). *First Nations women's evacuation during pregnancy from rural and remote reserves* (Thesis submission). University of Ottawa.
- Lawford, K. (2017). *Understanding the experiences and processes of Health Canada's evacuation policy for pregnant First Nations women in Manitoba* (Doctoral dissertation). University of Ottawa. [https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/36816/3/Lawford\\_Karen\\_2017\\_thesis.pdf](https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/36816/3/Lawford_Karen_2017_thesis.pdf)
- Lévesque, C., Geoffroy, D. et Polèse, G. (2016). Naskapi women: Words, narratives, and knowledge. Dans N. Kermoal et I. Altamirano-Jiménez (dir.), *Living on the land. Indigenous women's understanding of place* (p. 59-84). Athabasca University Press.
- Lévesque, C., Radu, I. et Tran, N. (2018). *Santé maternelle et mortalité maternelle des femmes issues des populations autochtones*. [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Documents\\_deposes\\_a\\_la\\_Commission/PD-7.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/PD-7.pdf)
- Lévesque, M. (2021). *Adapter sa pratique infirmière : Pauline Laurin chez les Innus de la Côte-Nord (1949-1960)*. <https://www.youtube.com/watch?ap=desktop&v=fS3HQvMY3s8&feature=youtu.be>
- Maertens, H. (2022). *L'implication politique des femmes autochtones au Québec* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. [https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1364/1/heloise\\_maertens\\_memoire\\_2022.pdf](https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1364/1/heloise_maertens_memoire_2022.pdf)
- Maertens, H. et Basile, S. (2022). *L'implication politique des femmes autochtones au Québec. Rapport de recherche*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. [https://portail.uqat.ca/prf/fr/Suzy-Basile/Documents/Rapport\\_de\\_recherche\\_Implication\\_politique\\_femmes\\_autochtones\\_Mai%202022.pdf](https://portail.uqat.ca/prf/fr/Suzy-Basile/Documents/Rapport_de_recherche_Implication_politique_femmes_autochtones_Mai%202022.pdf)
- Mailhot, J. (1983). La glorification du mâle dans le vocabulaire cri et montagnais. *Recherches amérindiennes au Québec*, 13(4), 291-297.
- Maltais-Landry, A. (2017). La création de la réserve de Nutashkuan : espaces physique, politique et économique. *Recherches amérindiennes au Québec*, 47(1), 59-72. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1042899ar>
- Nadon-Legault, È.-M. (2020). *Perceptions des femmes iiyiyuu-iinuu du programme de sécurité du revenu des chasseurs et piégeurs cris* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1232>
- Nadon-Legault, È.-M., Asselin, H. et Basile, S. (2022). Perceptions des femmes iiyiyuu-iinuu du programme de sécurité du revenu des chasseurs et piégeurs cris. *Revue d'études autochtones*, 51(2-3), 21-28.
- Nahanee, T. A. (1997). Indian women, sex equality, and the charter. Dans C. Andrew et S. Rodgers (dir.), *Women and the Canadian state / Les femmes et l'État canadien* (p. 89-103). McGill-Queens's University Press.
- Nahwegahbow, A. (2017). From great-grandmothers to great-granddaughters: "Moving life" in baby carriers and birchbark baskets. *RACAR: Revue d'art canadienne*, 42(2), 100-107. <https://doi.org/10.7202/1042949ar>
- Ohmagari, K. et Berkes, F. (1997). Transmission of Indigenous knowledge and bush skills among the Western James Bay Cree women of Subarctic Canada. *Human Ecology*, 25(2), 197-222. <https://doi.org/10.1023/a:1021922105740>
- Olson, R. (2017). Bearing witness. Rural Indigenous women's experiences of childbirth in an urban hospital. Dans H. T. Neufeld et J. Cidro (dir.), *Indigenous experiences of pregnancy and birth* (p. 91-110). Demeter Press.
- Olson, R. et Kuntz, J. (2016). *Edjì Gots'ò Gogòhì. Where We Were Born. Tlicho Birthplace Mapping Project*. <https://www.tlicho.ca/news/edii-gotso-gogohli-where-we-were-born>
- Olson, R., Moores, C. et Cranfield, K. (2019). *Born into my grandmother's hands: Honouring First Nations' birth knowledge and practice in North Yukon*. The Firelight Group.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2019). *Définition de la santé*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution#:~:text=La%20sant%C3%A9%20est%20un%20C3%A9tat,de%20maladie%20ou%20d'infirmit%C3%A9>
- Ottawa, G. (2013). *Les pensionnats indiens au Québec, un double regard*. Les Éditions Cornac.
- Ouellet, J.-C. (2018). Le programme de recherches archéologiques d'Ekuanitshit (Mingan) : un exemple d'approche communautaire en archéologie nord-côtière (Québec). *Recherches amérindiennes au Québec*, 48(3), 11-29. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1062131ar>
- Pagé, G. (2014). Sur l'indivisibilité de la justice sociale ou Pourquoi le mouvement féministe québécois ne peut faire l'économie d'une analyse intersectionnelle. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(2), 200-217. <https://doi.org/10.7202/1029271ar>
- Pérrillat-Amédée, S., Wasonti, T., Flamand, S., McBeath, B., McComber, A. M., Macaulay, A., Lévesque, L. et Flamand, D. (2021). Atikamekw Nehirowisiw mirowatisiwin: Identifying the strengths of the Manawan community to promote wellness and healthy lifestyles. *Turtle Island Journal of Indigenous Health*, 1(2), 47-59. <https://doi.org/10.33137/tijih.v1i2.36135>
- Plourde, M. (2003). *8000 ans de paléohistoire : synthèse des recherches archéologiques menées dans l'aire de coordination du parc marin du Saguenay-Saint-Laurent*. Parcs Canada. [https://biblioisaq.mcc.gouv.qc.ca/solr-search?q=&facet=54\\_s%3A%22C%3%B4te-Nord%22+AND+69\\_s%3A%22rapport+synth%C3%A8se%22+AND+55\\_s%3A%22Charlevoix-Est%22+AND+53\\_s%3A%22Baie-Sainte-Catherine%22+AND+itemtype%3A%22Rapport%22](https://biblioisaq.mcc.gouv.qc.ca/solr-search?q=&facet=54_s%3A%22C%3%B4te-Nord%22+AND+69_s%3A%22rapport+synth%C3%A8se%22+AND+55_s%3A%22Charlevoix-Est%22+AND+53_s%3A%22Baie-Sainte-Catherine%22+AND+itemtype%3A%22Rapport%22)

- Poirier, S. (2001). Territories, identity, and modernity among the Atikamekw (Haut St-Maurice, Quebec). Dans C. Scott (dir.), *Aboriginal autonomy and development in Northern Quebec-Labrador* (p. 98-114). UBC Press.
- Poirier, S., Jérôme, L. et Société d'histoire Atikamekw (Nehirowisiw Kitci Atisokan). (2014). Présentation. Les Atikamekw Neiwisiwok. Territorialités et savoirs. *Recherches amérindiennes au Québec*, 44(1), 3-10.
- Radu, I., House, L. L. M. et Pashagumskum, E. (2014). Land, life, and knowledge in Chisasibi: Intergenerational healing in the bush. *Decolonization: Indigeneity, Education & Society*, 3(3), 86-105.
- Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada (RCAANC). (2023). *Profils des Premières nations*. Gouvernement du Canada. <https://fnp-ppn.aadnc-aandc.gc.ca/fnp/Main/Search/SearchRV.aspx?lang=fra>
- Rose Bird, D. (1996) Land rights and deep colonising: The erasure of women. *Aboriginal Law Journal*, 3(85), 6-14.
- Routhier, M.-J. (1984). Que sont devenues les sages-femmes d'antan? L'accouchement chez les femmes Attikamèques de Manouane. *Recherches amérindiennes au Québec*, 14(3), 26-36.
- Roy, A. (2019). Intergenerational trauma and Aboriginal women: Implications for mental health during pregnancy. *First People Child & Family Review*, 14(1), 211-224. <http://journals.sfu.ca/fpcfr/index.php/FPCFR/article/view/382/314>
- Rude, D. et Deiter, C. (2004). *Du commerce des fourrures au libre-échange : la foresterie et les femmes des Premières nations au Canada*. Condition féminine Canada. <http://publications.gc.ca/collections/Collection/SW21-110-2004F.pdf>
- Saura, B. (2020). *Enterrer le placenta ; l'évolution d'un rite de naissance en Polynésie française*. <http://ile-en-ile.org/bruno-saura-enterrer-le-placenta-levolution-dun-rite-de-naissance-en-polyneesie-francaise/#:~:text=%C3%8ELe%20en%20%C3%AEle,-Bruno%20Saura%2C%20Enterrer%20le%20placenta%20%3B%20l'%C3%A9volution%20d',de%20naissance%20en%20Polyn%C3%A9sie%20fran%C3%A7aise&text=Cette%20%C3%A9tude%20vise%20%C3%A0%20rendre,cordon%20ombilical%20de%20l'enfant>
- Schwarz, M. T. (1997). Unraveling the anchoring cord: Navajo relocation, 1974 to 1996. *American Anthropologist*, 99(1), 43-55. <http://www.jstor.org/stable/682132>
- Scott, C. et Morrison, J. (2004). Frontières et territoires : mode de tenure des terres des Cris de l'Est dans la région frontalière Québec/Ontario—Crise et effondrement. *Recherches amérindiennes au Québec*, 34(3), 23-43. <https://www.erudit.org/en/journals/raq/1900-v1-n1-raq06439/1082184ar/abstract/>
- Secrétariat aux affaires autochtones (SAA). (2022). *Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement. Rapport annuel 2021-2022. Secrétariat aux affaires autochtones*. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/conseil-executif/publications-adm/saa/administratives/rapports/loi-renseignements-familles-enfants-autochtones.pdf?1651244863>
- Seraphim, J. (2014). Confrontation entre le discours, la situation actuelle et les traditions. La place des femmes métisses du Manitoba sur la scène politique autochtone canadienne. *Anthropologie et Sociétés*, 38(2), 175-192. <https://doi.org/10.7202/1026170ar>
- Services aux Autochtones Canada (SAC). (2021a). *Ajouts aux réserves*. Gouvernement du Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1332267668918/1611930372477>
- Services aux Autochtones Canada (SAC). (2021b). *Soins de santé pour les Autochtones au Canada*. Gouvernement du Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1626810177053/1626810219482>
- Shahram, S. Z. (2017). Indigenous pregnancy, birthing, and mothering in colonial Canada. Dans H. T. Neufeld et J. Cidro (dir.), *Indigenous experiences of pregnancy and birth* (p. 13-29). Demeter Press.
- Simmonds, N. B. (2017). Honouring our ancestors: reclaiming the power of Māori maternities. Dans H. T. Neufeld et J. Cidro, neuf (dir.), *Indigenous experiences of pregnancy and birth*. Demeter Press.
- Simpson, L. B. (2006). Birthing an Indigenous resurgence. Decolonizing our pregnancies and birthing ceremonies. Dans D. M. Lavell-Harvard et J. Corbiere Lavell (dir.), «*Until our hearts are on the ground*». *Aboriginal mothering, oppression, resistance and rebirth*. (p. 25-33). Demeter Press.
- Simpson, L. B. (2012, December 18). Queering resurgence: Taking on heteropatriarchy in Indigenous nation building. *Leanne Betasamosake Simpson*. <https://blogs.cc.umanitoba.ca/mamawipawin/2012/06/01/queering-resurgence-taking-on-heteropatriarchy-in-indigenous-nation-building/>
- Statistique Canada (SC). (2022). *Langues maternelles selon la géographie, Recensement de 2021*. Statistique Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/dv-vd/language-langue/index-fr.html>
- Statistique Canada (SC). (2023). *Les langues autochtones au Canada, 2021*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2023029-fra.htm>
- Statistique Canada et Assemblée des Premières Nations (SC et APN). (2021). *Un aperçu : Membres inscrits des Premières Nations au Canada*. Statistique Canada et Assemblée des Premières Nations. [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2021/statcan/412000022021001-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2021/statcan/412000022021001-fra.pdf)
- Suzack, C. (2015). Indigenous feminisms in Canada. *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 23(4), 261-274.

- Tjepkema, M., Bushnik, T. et Bougie, E. (2019). *Espérance de vie des populations des Premières Nations, des Métis et des Inuits à domicile au Canada* (publication no 1209-1375). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2019012/article/00001-fra.pdf?st=QuasJPd1>
- Valaskakis, G. G., Dion Stout, M. et Guimond, E. (2009). *Restoring the balance, First Nations women, community and culture*. University of Manitoba Press.
- Van Woudenberg, G. (2004). «Des femmes et de la territorialité»: Début d'un dialogue sur la nature sexuée des droits des autochtones. *Recherches amérindiennes au Québec*, 34(3), 75-86. <https://id.erudit.org/iderudit/1082187ar>
- Venkataraman, V. (2021). Les femmes de la préhistoire chassaient le gros gibier, ce qui remet en question notre vision du rôle des sexes. *The Conversation*. <https://theconversation.com/les-femmes-de-la-prehistoire-chassaient-le-gros-gibier-ce-qui-remet-en-question-notre-vision-du-role-des-sexes-157125>
- Well Living House. (2021). *Well living house*. <http://www.welllivinghouse.com/>
- Whitty-Rogers, J., Etowa, J. et Evans, J. (2006). Becoming an Aboriginal mother: Childbirth experiences of women from one Mi'kmaq community in Nova Scotia. Dans D. M. Lavell-Harvard et J. Corbiere Lavell (dir.), «*Until our hearts are on the ground*»: *Aboriginal mothering, oppression, resistance and rebirth* (p. 34-61). Demeter Press.
- Wyatt, S. et Chilton, Y. (2014). L'occupation contemporaine du Nitaskinan par les Nehirowisiwok de Wemotaci. *Recherches amérindiennes au Québec*, 44(1), 61-72. <https://doi.org/10.7202/1027880ar>





